



**DELHI UNIVERSITY
LIBRARY**

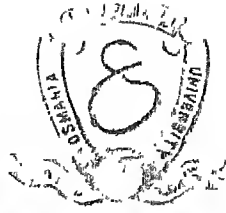
DELHI UNIVERSITY LIBRARY

Cl. No. L 168 N36.2

Ac. No. 33916

~~29 JAN 1968~~
Date of release for loan

to be returned on or before the date last stamped
below. An overdue charge of 5 Paise will be collected for each day the
book is kept overtime.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

عمل طب

ای۔ پی۔ پی۔ پوٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈ)
معاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گلیبی، این۔ ایچ۔ فیئرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ ہالین

ڈاکٹر محمد عثمان خان صاحب، ایل۔ ایم۔ اینڈیس (بمبئی) رکن شریعت تالیف و ترجمہ
جلد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانزدہم ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ محمد حسین صاحب، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، رکن شریعت تالیف و ترجمہ

۱۳۶۰ھ ۱۳۵۰ھ ۱۳۴۰ھ ۱۹۲۰ء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۲۰
33916

یہ کتاب جے اینڈ اے۔ چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ
کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

صفحہ
۱ تا ۱۹۶

امراض اعضاء تنفس

- امتحان سیئہ - ۱ - التهاب قصبتہ الریہ اور نوعی سرایتیں - ۲۱ -
توبالیدیں تیسرے - ۲۳ - شعبی التهاب - ۲۴ - تمدد الشعب - ۳۳ -
حمۃ القش اور دمہ - حالت حساسیت - ۳۸ - تسدد - ۶۵ - ششوں
کا انفخ - ۶۸ - ہیپوٹ - ۷۵ - اذیمیا - ۷۹ - ذات الریہ - ۸۱ -
فریڈلینڈر کا ذات الریہ - شعبی ذات الریہ - ۹۸ - خراج - ۱۰۳ -
لیفی شش - ۱۰۵ - گنگرین - ۱۱۰ - رئوی تدرن - ۱۱۳ - انفک - خراش اور
گیسوں سے ستم - ۱۳۸ - ریوی سدا دیت و علقیت - ۱۵۰ - دروں
صدری نوامیہ جات - ۱۵۶ - ذات الحجب اور ققیع الصدر - ۱۶۳ -
استسقاء الصدر - صدر دمویت - کیلوس صدری - ۱۸۱ -
استرواح الصدر - ۱۸۴ - ڈائفرامی فتق - ۱۹۰ - التهاب سطح - ۱۹۲ -

ناک، گلے اور کان کے امراض (طبی نقطہ نظر سے) ۱۹۷ تا ۲۴۴

- زکام - ۱۹۷ - مزمن التهاب الانف - ۲۰۱ - التهاب الجوف - ۲۰۳ -
رعاف - ۲۰۴ - التهاب اللوزہ - ۲۰۵ - فوجہ و ٹنٹ - ۲۱۱ -
بلعوی لوزات - ۲۱۲ - لسانی لوزات - ۲۱۳ - مزمن التهاب البلعوم -
۲۱۴ - خلف البلعوم خراج - ۲۱۵ - التهاب خنجرہ - ۲۱۶ - تدرن - ۲۲۱ -

آتشک - ۲۲۲ - سلعات اجسام غریبہ - ۲۲۵ - عضلات منجہ کمال
تشیخ مزمار - ۲۳۴ - پیدائشی خجری صرصہ - عدم حیثیت - ۲۳۷
کان - ۲۳۹ - التهاب الاذن الوسطی - ۲۴۲ -

امراض اعضائے دوران خون ۲۴۵ تا ۴۷۵

قلب کا امتحان - ۲۴۷ - قابلیت جہد کی تخمین - ۲۶۳ - لاشعائیں
۲۶۵ - نبض کعبی - ۲۶۸ - نبض وریدی - ۲۷۶ - فعل قلب کی
غیر طبعی حالتیں - ۲۷۹ - جو فی برقیہ عدگی - قلبی مسدودی اور ایڈم
سٹوکس کا علامتیہ - ۲۸۳ - بیش از وقت ضربات - ۲۸۹ - قلب کا
کثیر الوقوع فعل - ۲۹۵ - سادہ دوری سرعت القلب - ۲۹۶ - اذینی
رفرہ - ۳۰۱ - اذین کا ریشکی انقباض - ۳۰۴ - نبض متبادل -
قلیل الوقوع فعل - ۳۱۳ - بطین کا ریشکی انقباض - قلب کے امراض -
تعویش - ۳۱۶ - بیش پرورش - ۳۱۷ - اتساع - ۳۲۱ - تعویض کمال
۳۲۴ - التهاب عضلہ قلب - انحطاط عضلہ قلب - ۳۲۷ - اشتقاق -
قلب کا انورسما - ۳۳۴ - نوبالیدگیاں اور طفیلیات - حمی روماتزمی
۳۳۶ - زفن - ۳۵۲ - حاد التهاب دروں قلبہ - مزمن التهاب
دروں قلبہ - ۳۵۹ - اورطی ضیق - اورطی بازروی - ۳۶۳ - مطرانی
مرض - ۳۶۸ - مطرانی ضیق - ۳۷۲ - یعنی مصرعی مرض - تشخیص
انذار اور تحریر - ۳۷۳ - قلب کے مزمن مرض کا علاج - ۳۸۱ -
جعیث التهاب دروں قلبہ - ۳۹۰ - علامتیہ جہد - ۳۹۸ - پیدائشی
تشوہات - ۴۰۴ - التهاب تائمور - ۴۱۰ - مزمن تضیقی التهاب تائمور -
تائموری اجتماع آب - ۴۱۷ - تائموری ہوائی اجتماع آب - ۴۲۰ -
اجتماع الدم - ذبحہ صدریہ - ۴۱۹ - رموی عروق کے انقباض -
ساری شریانی التهاب - ۴۲۹ - مزمن شریانی انحطاطات - ۴۳۲ -
شریانی صلابت - ۴۳۶ - بلند فشار شریانی - ۴۳۹ - عرجان متوقف
۴۴۵ - حمرتی وجع الجوارح - ۴۴۸ - انورسما - ۴۴۹ - اورطی کا

پیدائشی تضایق - مرض ریٹائڈ - ۴۵۸ - التهاب الوریڈ - ۴۶۲ -

علقیق اور سدایت - ۴۶۳ - عرقی عصبانی اذیما - ۴۷۱ -

امراض اعضائے مضم

امتحان شکم - ۴۷۶ - شکم حاد - ۴۸۱ - التهاب الغم - عفونت دہن -

۴۸۲ - قلاع - ۴۸۷ - مری کا تند - ۴۸۹ - فواد کا عدم ارتخا -

۴۹۳ - عطف - ۴۹۵ - معدہ اور اثنا عشری کے امراض - معدہ

کا امتحان - لاشعاعیں - ۴۹۶ - امتحانی غذا - ۴۹۹ - سوء مضم - ۵۰۶

بلع الہوا - ۵۲۰ - سقوط المعدہ - ۵۲۳ - ہشیر یا ئی قے - دوری قے

۵۲۶ - معدہ اور اثنا عشری کا حاد اتساع - ۵۲۸ - حاد التهاب

۵۳۰ - مضمی قرصہ - ۵۳۴ - معدی صائی اور صائی قرصہ - ۵۳۹ -

مزمن اتساع - ۵۵۰ - معدہ کا ریت گھڑی انقباض - ۵۵۳ -

پیدائشی بیش پروشی ضیق - سرطان معدہ - ۵۵۴ - غیر خصیث سلعت -

قبض - ۵۶۲ - قتال غذائی تسمم الدم - ۵۶۹ - اسہال - ۵۷۳ -

نزف معوی - قولنج - ۵۷۵ - معوی التهاب - ۵۷۹ - غذائی تسمم -

امعاء کے امراض - شکمی مرض - ۵۸۶ - فلفمونی التهاب الامعاء -

التهاب القولون - ۵۹۰ - التهاب زائیدہ - ۵۹۶ - عطفیت -

۶۰۳ - تدرن نوبالیدیں اور آتشک - ۶۰۶ - معوی تسدد - ۶۰۹ -

انغداد الامعاء - ۶۱۶ - ہرش پیرونگ کا مرض - ۶۲۱ - جگر کے

امراض - کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشفات - ۶۲۳ - یرقان - ۶۲۶ -

استسقاء شکمی - ۶۳۵ - جگر کے امراض - ۶۳۹ - معمولی ساری کبدی

۶۴۰ - جگر کا حادثہ تنخر - ۶۴۳ - کہبت - آتشک اور تدرن

نوبالیدیں - ۶۵۸ - کبد شمیم - ۶۵۹ - گرد کبدی التهاب -

التهاب وریڈ الباس - ۶۶۷ - صفراوی آلہ کا وظیفی امتحان - ۶۷۰ -

التهاب مرارہ - ۶۷۳ - سنگہمائے صفرا - ۶۷۶ - تقیمی التهاب -

قنات ہائے صفرا - ۶۸۱ - بنقراس کے وظیفی کاشفات - ۶۸۲ -

حاد التهاب بنقراس - ۶۸۷ - مزمن التهاب بنقراس - ۶۹۰ - سنگ
نویلی اور دویات - حاد التهاب باریطون - ۶۹۲ - زیر ڈایا فرمی
خراج - مزمن التهاب باریطون - تدریجی التهاب باریطون - ۷۰۴ -
باریطونی انصبابات اور نویالیدی - ۷۰۹ -

خون لُحالی اور لمفائی نظام کے امراض - ۷۱۵ تا ۷۸۸

امتحان خون - ۷۱۵ - غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت - ۷۲۹ -
انخسرت - ۷۳۳ - سادہ بے ترشہ عدم دمویت - ۷۳۴ - سلف عدم دمویت
۷۳۶ - غیر ذاتی خلویت - ۷۴۴ - بچپن کی غیر تکوین الدموی عدم دمویٹیں
۷۴۵ - اتلاف الدموی عدم دمویٹیں - ۷۴۶ - بے صفرا بولی یرقان -
۷۴۷ - لیڈرر کی عدم دمویت - لُحالی عدم دمویت - ۷۴۹ - بیض نموت
۷۵۱ - سلعہ انخسر - کثرت خلیات احمر - احمر دمویت - ۷۶۰ - احمر خلوت
ہیموگلوبن دمویت - ۷۶۳ - دوری ہیموگلوبن بولیت - ۷۶۵ - میٹ
ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت پر پٹیہ - ۷۶۶ -
نزہیت - ۷۷۳ - نقل الدم - ۷۷۶ - خون کا تعامل اور ترشہ
سمیت - ۷۷۹ - امراض لُحالی - ۷۸۶ - گائچر کا مرض نامتین اور
پکت کا مرض - ہینڈ اور کرپچن کا مرض - امراض نظام لمفائیہ -
۷۹۱ - مرض ہاجکن - ۷۹۲ -

تھول اور اندرونی افراز کے امراض ۷۹۹ تا ۹۰۷

اساسی تھول - ۷۹۹ - ذیابیطس شکر - ۸۰۲ - غذاؤں کی فہریتیں - ۸۳۳ -
قلیل شکر دمویت - ۸۵۰ - غدہ درقیہ مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث
گائٹر - مجموعی گائٹر - ۸۵۲ - قنات - ۸۶۹ - نزد درقی غدیش نزد درقی
۸۷۰ - نکرز - ۸۷۲ - غدہ تیموسہ - ۸۷۷ - فوق الکلیہ کیسے - ۸۷۸ - مرض
ایڈین - ۸۸۱ - سلعات - ۸۸۳ - غدہ نخاسیہ - ۸۸۶ - ذیابیطس ملیخ -
۸۹۳ - غدہ صنوبریہ - ۸۹۶ - تناسلی غدہ - زنانه اعضا - ۸۹۷ -
بیش و قلیل تناسلیت - ۹۰۰ - فرہی - ۹۰۱ - تصبی - ۹۰۶ -

THE PRACTICE OF MEDICINE

عمل طب

120

جلد دوم امراض اعضاء تنفس

امتحان سینہ

معائنہ (inspection)۔ سینہ کو سامنے، پیچھے، اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثورات (eruptions) و بیلہ (empyema) کے پرائے عملیات کے ندبات (scars) یا بندوق کے زخموں کے ندبات اور ویدوں کی کلائی دیکھے جاسکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات میں کوئی تغیر موجود ہو تو وہ بھی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ ویدوں کی کلائی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ پھولی ہوئی ویدوں کے اور ان ویدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپری واقع ہوں امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اور وہ اجوف

(venae cavæ) کے داخلی تسدو (obstruction) پر ولادت کرتی ہیں، اور آخر الذکر کوئی امراضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں۔ ایک تندرست بالغ کے سینہ میں جن امور کو دیکھنا چاہئے وہ حسب ذیل ہیں: سینہ کی شکل کسی قدر چھٹی بیضوی ہوتی ہے، یعنی اس کا پیش پس (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی اس کے زیرین حصے میں ہوتی ہے۔ ترقوی ہڈیاں (clavicles) محض خفیف طور پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے اوپر محض خفیف سائیب اور نیچے سفاوی کوئی نشیب ہوتا ہے۔ تھنی کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اس کے بالائی یا زیرین کنارے پر ہوتا ہے۔ زاویہ (شراسینی زاویہ: epigastric angle) ۹۵ تا ۱۰۵ درجہ کا ہوتا ہے۔ اس کا راس غروف سینی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں ضلعی کرباں ہوتی ہیں۔ عظم الکنت (scapula) صدر کے پچھلے حصے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے اور شکم سے ملتا ہوتا ہے۔ شہیق (inspiration) یعنی سانس اندر لیتے ہیں سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ بھیلنا چاہئے، دونوں جانبوں کی حرکت متشاکل (symmetrical) ہونی چاہئے، شراسینی زاویہ چوڑا ہو جانا چاہئے اور قص (sternum) کو آگے بڑھانا اور نیچے کی پسلیوں کو اوپر اٹھانا چاہئے۔ گہری سانس لینے پر زیر ترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہئے۔

سائنہ کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیر طبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں، اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہو سکتی ہیں:۔ (الف) امراض شش - نقاج (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کشادہ اور شراسینی زاویہ نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ پھیپڑے کی لیفیت (fibrosis) میں جیسی کہ رل ریوی (phthisis) میں ہوتی ہے، مستحی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے راس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیر متشاکل ہو جاتا ہے۔ (ب) ایسے امراض عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) جو کساختہ (rickets) اور شکم کے زاویاتی اور جانبی انحنائوں کے باعث ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سینہ غیر متشاکل ہو جائے، یا غیر طبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دو جانبی تشاکل ظاہر کرے۔ بالعموم شعبی التهاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی اُن تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ ساتھ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ (ج) ممکن ہے کہ نوعمر موضوعوں میں قلب کی بیش پرورش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی ابھار پیدا کر دے۔

سینہ کا محیط ایک فیتہ کے ناپ سے اور عرضی اور پیش پسی قطر ایک قطر پیم (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک لختا پیم (cyrtometer) سے حاصل ہو سکتی ہے جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

محاسنہ سے ہم صدر کی شکل اور تشاکل کی تبدیلیوں کے علاوہ حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کر سکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی توازن بالٹوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبت بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ توازن پس از آمد ہو سکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدلتا ہے۔ ریوئی یا دوسرے مہدائے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت سُست یا زیادہ تیز غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ غیر منتظم یا بے قاعدہ ہوں۔

بھروسہ (dyspnoea) ایک سرریاتی اصطلاح ہے جو پھولی ہوئی سانس (shortness of breath) کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے اور یہ مریض کا اپنا احساس ہے کہ مزید تنفس کو کشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شرح کی زیادتی (تسرعیت

تنفس: polypnoea) (ب) تنفسی ضخامت کی زیادتی (بلیش تنفس

121 (hyperpnoea) (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ

(انسدادی بھروسہ obstructive dyspnoea) موجود ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر

صورت میں یہ وقت یا تو دورانِ شہیق (inspiration) میں (شہیقی بھروسہ inspiratory

dyspnoea) یا دورانِ زفیر (expiration) میں (زفری بھروسہ expiratory

dyspnoea) نہایت نمایاں ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ

سانس لینے کے لئے مجبوراً بیٹھنا پڑے جیسا کہ بہت سی ریوئی اور قلبی امراض کی

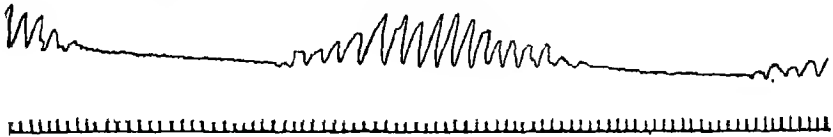
صورت میں ہوتا ہے تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnoea) کہتے

ہیں۔ بطء تنفس (bradypnoea) یا تنفسی شرح کی تخفیف جس کے ساتھ

بلند جزری ہو پائی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التهاب دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (۱)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے، یا زیریں حصے سے جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکمی دیواروں پر بھی نظر ڈالنی چاہئے، جن سے گویا حجاب عاجز کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب حجاب عاجز مقبض ہوتا ہے تو شکمی دیواریں آگے کو ٹرہ آتی ہیں اور جب وہ مرنجی (relaxed) ہوتا ہے تو شکمی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر متناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس کے دوسرے حصے میں مرض ہے۔ معائنہ سکون سے سانس لینے میں اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (شہیق: inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہئے۔

حاجن اسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس: hyperpnea) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس: apnea) کے



شکل ۸۔ چین اسٹوکس تنفس۔ اس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہئے اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانوں سے کیا گیا ہے۔ عدم تنفس کے عرصے میں جو چھوٹے چھوٹے موجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

تبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے تنفسی ضخامتوں (respiratory volumes) کا تدریجی چڑھاؤ و اتار ظاہر کرتے ہیں جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک دوریہ

(cycle) کی پوری مدت ایس تا ساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے، اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لیکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس غالباً تنفسی مرکز کی تحریک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطر یہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں، اور نخاع مستطیل (medulla) کی شریا نوں کا نوبتی انقباض (periodic contraction) نوبتی عدم تنفس (periodic apnoea) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبی اشخاص میں مرنے کی حالت میں موجود ہوتا ہے، اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر النقد اور امراض نباتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس ان ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں، چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے CO_2 کو دھو کر خارج کر دیتا ہے لہذا اب تنفسی مرکز متہتج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں CO_2 بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے اور جو فیسنوں (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن بہ سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زائد متہتج ہو جاتا ہے لہذا CO_2 دھو کر خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سروریت موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جدا جدا عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے جو مرکز تنفس کو متہتج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) (Pembrey and Allen)۔ چین اسٹوکس تنفس کو ایک انجن کے "حاکم کی جو بندگی" ("hunting of the governor") سے تشبیہ دیا جاسکتی ہے جو اڑ پیلے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnoea) کے اختتام پر آکسیجن کی

احتیاج کے زمانہ میں، مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے، اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عرصے کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) میں ممکن ہے کہ پتلیاں تنسج ہو جائیں اور عدم تنفس (apnoea) میں پھر سُکڑ جائیں۔ نبض اکثر شدید متاثر ہوتی ہے، لیکن سٹریف ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں تیس سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو گئی۔

تنفسِ بیو (Biot's respiration) میں جو عام ترین طور پر التهابِ سحما (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیشِ نو تہی طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن تنفسات کا چرچا و استمار نہیں ہوتا۔ رائجنی شعاعیں (Röntgen rays)۔ یہ طریقہ تحقیق سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے یا اُس کی وسعت اور جائے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجابِ عاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی بخت (pulmonary consolidation) ورنہ (tubercle)، نو بالیدوں اور بائع انفعیابا (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اُسے افقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انتصابی وضع میں دیکھا جائے۔ تجسس (palpation)۔ اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اُس کی دیواروں کے اُن ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے اول الذکر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے، یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے، یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے، جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کیس قدر صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھ دیا جاتا ہے اور مریض بلند آواز سے بولتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں

بیک وقت سینہ کی ہر جانب پر تشاکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔
 ہاتھوں کی ظہری (dorsal) سطحیں اور راجی (palmar) سطحیں دونوں اشغال کیجا سکتی
 ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو
 اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [ملنسی صوتی حقیف
 (tactile vocal fremitus) یا ملنسی ارتعاش (tactile vibration)]۔ اس
 کے لئے ضروری ہے کہ اجال صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبعی ہو، اور پھر پٹوں
 کی ایصالی قوت (conductivity) طبعی ہو اور اس کے ساتھ ہی شعبی انبوبات
 (bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شش کی بافت اسفنجی ہو۔ ارتعاش کی مقدار
 تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بالغ مردوں میں جن کی آواز گہری اور گونجنے
 والی ہو، سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش
 قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا
 نابود ہو جاتا ہے جو شعبی انبوبات میں رکاوٹ پیدا کر دے یا پھیسپٹروں کو پٹکا کر انکی
 اسفنجی بافت کو محسوس بنادے، مثلاً پلیورائی کہفہ کے اندر مایع (liquid) یا ہوا کی
 موجودگی (استرواح الصدر: pneumothorax)۔ جب شش کی بافت کے تجدد
 (consolidation) کے ساتھ شعبی انبوبات کی مفتوح حالت (patency) ہو تو ارتعاش
 زیادہ ہو جاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے انبوبات انراز سے
 بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انبوبات کھانسنے سے
 صاف ہو گئے ہوں تو وہ زیادہ ہو جاتا ہے۔

جس (palpation) سے پلیورائی فرک (pleural friction) کے ارتعاشات
 شعبی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات: rhonchi) اور کہفوں میں پیدا ہونے والی
 بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ متناظر آوازوں کا
 تذکرہ استماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

قرع (percussion)۔ قرع یعنی ٹھکنے یا ٹھونکنے سے جسم کے کسی بھی حصے
 سے آواز پیدا کیجا سکتی ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل اصرار (absolutely
 dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے جس میں صرف

دو صفات ہوتے ہیں، یعنی بلندی (loudness) اور مدت (duration)۔ جب سینہ یا شکم کو (جو ہوا دار کہتے ہیں) ٹھوکا جاتا ہے، تو ان کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے، اور ایک حد تک ایک موسیقی سرتی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سرتی جس حد تک موجود ہو اسی حد تک اس ساخت کو گمک داسر (resonant) کہتے ہیں گمک (resonance) کا انحصار امور ذیل پر ہوتا ہے:۔ (۱) ایک کہنے جس میں ہوا مرتعش ہو سکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر یکدہ ہوں اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں اور ہوا کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہو سکیں، نیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمک پر جو اثر رکھتا ہے اسے ہوا سے پھلائے ہوئے گال کو انگلی کے ناخن سے تھپ تھپا کر اور گال کے عضلات کے انقباض کو بدل بدل کر باسانی بتلایا جاسکتا ہے۔ سرتی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کا ارتفاع (pitch) ارتعاشات کی فی ثانیہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سرتیوں (overtones) کی اس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سرتی (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شور محض (mere noise) کی طرح سرتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سرتی کی بلندی اور اس کی مدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سرتی اور موسیقی آوازیں (musical sounds) کو طبیلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواج (صد) والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتفاع (pitch) اونچی ہوتا ہے، کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہتے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبیلی آواز حاصل ہوتی ہے لیکن اس کا ارتفاع نسبتاً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبعی سینہ کا قرع کرنے سے شش کی طبعی گمک (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزیوں کی لچکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتعش نہیں ہوتیں۔ ارتفع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے یعنی فی سیکنڈ ۱۲ تا ۱۴ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جو فیزی دیواریں ڈبیلی ہوں (اس صورت میں جب کہ کہفہ پلپور کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے) تو قرع کی آواز طبعی ہو جاتی ہے۔ اس کو اسکودائی ملگ (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال نسبتاً زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اس نے شش کو بچکا کر اس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قرع کی آواز بالکل اصم (completely dull) ہو جائے گی لیکن ممکن ہے کہ اصم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شش صرف ڈبیل پڑ گیا ہے طبعی آواز موجود ہو، اور پھر اس سے بھی آگے کوشش کی طبعی ملگ ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھ کر پانی کا نل کھلا رکھے، خود پر تجربہ کر کے دیکھ سکتا ہے۔ ملگ اس وجہ سے غائب ہو جاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شش پچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 128)۔

بلش ملگ (hyper-resonance) یعنی ملگ کی زیادتی اس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی ملگ اور بلش کے درمیان ہوتا ہے۔ خفت ملگ (impairment of resonance) یعنی ملگ کی کمی اس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی ملگ اور قطعی اصمیت (absolute dullness) کے درمیان ہو بیش ملگی یا طبعی سر (hyper-resonant or tympanic note) مرض نفخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اس مقام پر جہاں جو فیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہو جاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہنوں پر بھی ملتا ہے جیسے کہ سل ریوی (phthisis) میں شش کے تھجہ (solidification) یا بچکاؤ (compression) اور پلپور کی دبازت سے ملگ کم ہو جاتی ہے۔ شش کے چھوٹے کہنوں پر ایک اصم قشرعی سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لیفیت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی ملگ کا انحصار دیوار سینہ کی دبازت پر بھی ہوتا ہے۔ دبلے

اشخاص کی نسبت عضلی نشوونما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبت زیادہ اہم حاصل ہوتا ہے۔

بلا واسطہ قزع (immediate percussion) کی مشق ترقوی ہڈیوں پر راست قزع کر کے کی جاتی ہے۔ بالواسطہ قزع (mediate percussion) بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک بین الاضلاع فضا کے طول میں رکھ کر اس کے بعد ی۔ بین السلامیاتی مفصل (distal interphalangeal joint) کی ظہری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے متناظر نقطوں کا باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہو سکتا ہے۔ جہاں ایک انگلی ستر حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resilience) کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اہم ہو تو دیوار سینہ بے لچک (unyielding) اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قزعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:-
(۱) صوت ظریف شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اس کہنفہ پر سنائی دیتی ہے جو ایک شعبت (bronchus) سے ملحق ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔
(۲) قلہری گنگ (amphoric resonance) یا قلہری جھنکار (metallic ring) جو بعض اوقات ایک ہوا سے بھرے ہوئے بٹے کہنفہ پر قزع کرنے سے سنائی دیتی ہے اور حرولتخاسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحات 127، 191)۔ قزع کو رب سے پہلے آئین برگر (Auenbrugger) نے شکستہ میں بیان کیا (3) اور اس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان کیں جو قزع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

استماع (auscultation)۔ یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے حصوں کا مطالعہ ہے جو ان کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سن کر کیا جاتا ہے۔ یہ بلا واسطہ (immediate) ہو سکتا ہے اس وقت جب کہ برہنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو حامل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔
یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سامع کے کان کے درمیان ربط پیدا کرتا ہے۔
زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں :- (۱) دو گوشہ
سماع الصمد (binaural stethoscope) (۲) میدھا چوبی یا فسلزی
سماع الصدر جو تقریباً آغ لبھا ہوتا ہے اور (۳) صوتی د سروں بین
(phonendoscope) جس سے اندر آوازوں میں گمک پیدا ہو جاتی ہے۔
پہلے اور تیسرے آلے میں یہ فائدہ ہے کہ وہ دونوں غم پذیر ہوتے ہیں، اور
مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ استماع اور اس کے طبی فوائد
کو سب سے پہلے لائیک (Laennec) نے بیان کیا۔ اُس نے اپنے مشاہدات کو
۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De

l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies

des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau

"moyen d'exploration" اور یہ پیرس میں طبع ہوئیں۔ بالواسطہ استماع کے
انکشاف کو اُس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (۸):

”۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں

قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے..... مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے
مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست
کان لگا کر) اس کا امتحان کر سکوں۔ جن اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی مظہر
(acoustic phenomenon) یا و آیا: یعنی یہ کہ اگر ہم ایک چوبی شہتیر کے ایک

سرے پر اپنا کان رکھ دیں تو شہتیر کے دوسرے سرے پر ایک الپین سے کھرچنے کی
آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سنائی دیتی ہے..... چنانچہ میں نے کاغذ کا
ایک ٹکٹھا لیا اور اُسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سر مریضہ کے
پیش قلبی خطے (præcardial region) پر رکھ کر دوسرے سرے پر اپنا کان رکھا۔
مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی ضربات قلب کو

اس قدر صاف اور واضح طور پر سن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہ راست لگانے پر بھی اس صفائی اور وضاحت کے ساتھ نہ سنا تھا۔

اگر تندرست شخص کا استماع کیا جائے تو ہم ہر نفس کے ساتھ ہر جگہ ایک آواز سنیں گے جسے طبی صورت تنفس (normal breath sound) یا جو بعضی خریر (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں ہماری جاسکتی ہے کہ ہونٹوں کو جرمن حرف ڈبلیو (German "w") یا انگریزی مہول "وی" (English "v") کا تلفظ ادا کر کے کسی وضع میں رکھا جائے، اور نکلے سے پھونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتقاع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے، اور اس میں ۹۰ تا ۱۰۰ ارتعاشات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ حویصلی خریر، شہیق (inspiration) کے دوران میں سنائی دیتا ہے۔ لیکن زفیری فعل (expiratory act) یا تو بالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے، یا ایک مائل آواز کے ساتھ ہوتا ہے، جو نسبتاً زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے، اور زفیر کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔

تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 218 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سو راخ سے کسی نسبتاً چوڑی فصائی جاتی ہے، ایک "منجھ ہار" (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ دوران شہیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) مھیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شہیق (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر، اور جو فیزی قناتوں اور اوقاتوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی، ہوائی ساچوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹)۔ جب آواز کسی ایسے شہج سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطے میں ہو تو وہ عموماً چاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے تناسب گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار مرکز جاتا ہے، اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل محکوس ہوتی ہوئی، نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking-tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم سچے جاکر نسبتاً

چھوٹی تالیوں سے کیے قدر انتشار گرد و پیش کے کشش میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ فز ماری آواز جب سینہ کے باہر سنائی دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے

اگرچہ اسے اس آواز

سے جو کہ محیط کی طرف

ہوائی تاجول وغیرہ

میں پیدا ہوتی ہے

تقویت حاصل ہوتی ہے

بولنے کی نلی کا یہی اصول

استماع میں مسامع الصد

کے استعمال کی یہی توجہ

کرتا ہے۔ دوران

نفس (expiration)

میں آواز اور بھی زیادہ

کمزور ہوتی ہے کیونکہ

وہ خالصاً ہزار کی

وجہ سے پیدا ہوتی ہے

اور کیونکہ ایک دوسرا

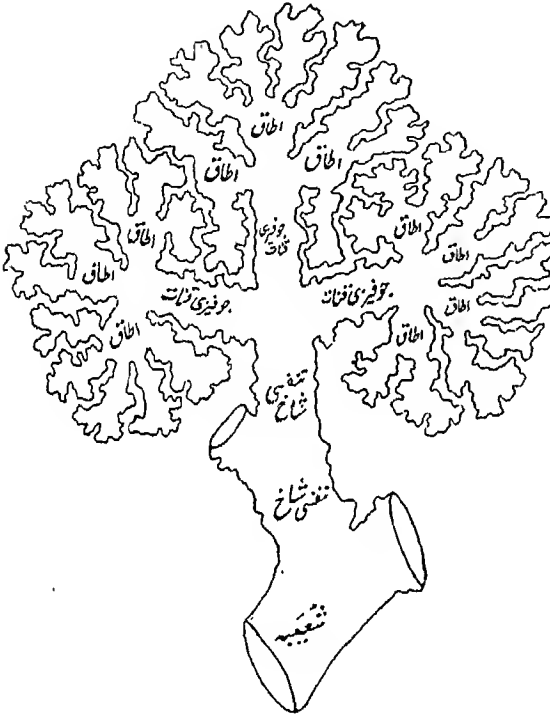
عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ

آوازیں ہوا کی رو کی

مخالف سمت میں کس آسانی

سے ایصال پذیر ہیں

ہوتیں کہ جس آسانی



تصویر ۹۔ کشش کی ساخت، بجو الہر Miller (43)۔

تنفسی شعیات، جو فیرقاتی، اوقات، اور مداخل پر

ہوائی تاجے، ان سب کی دیواروں میں جو فیروں کا اثر

ہوتا ہے جس کی راہ سے گیسوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں

جہاں بڑے بڑے شعیات اور دیوار سینہ کے درمیان استثنیٰ یافت کی تہ چنداں دبیز

نہیں ہوتی، تو بھلی خیر کسی قدر درشت تر آوازیں (harsher sounds) سے

بدلتا ہے، جو زیر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں اور شعبی حویصلی تنفس (broncho-vesicular breathing) کہلاتی ہیں۔ یہ حصے یہ ہیں: عظم القص (sternum) کا بالائی سرا، پہلی ضلعی کڑیاں جہاں عظم القص سے اتصال حاصل کرتی ہیں اور پشت پر خط وسطی میں ایک الماسی شکل کی فضا جس میں ساتواں عنقی (cervical) اور پہلا ظہری شو کہ (dorsal spine) شامل ہیں۔ دوسری جگہ اوقات تک جب تک کہ شش تندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حویصلی خرابی ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ حویصلی خرابی بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبابی تنفس: puerile breathing)۔ بالغوں میں حویصلی تنفس تندرست شش پر اُس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا شش اناصل انجام نہ دے رہا ہو (تعویضی تنفس: compensatory breathing)۔ تنفس کی آوازیں غیر عمیق تنفس میں، نفاخ میں اور اُس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیر ہو، کمزور ہو سکتی ہیں۔ وقفہ دار یا دو پرست تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں شش کے غیر منظم طور پر پھیلنے کی وجہ سے، جس کا سبب ممکن ہے کہ ہوا کے داخلہ میں میکانی مزاحمت ہو، یا معصوبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بقاء عادی ہو، شش کی خرابی کے ساتھ (jerky) یا متوجہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا تنفس زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

حویصلی خرابی کی کئی ہوا کے داخلہ میں کئی یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی اُس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جو فیزے مٹھوس (obliterated) ہو جائیں یا جب اُن سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) سدود یا مٹھوس ہو جائے یا جب ہوائی جو فیزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پلئوریٹس (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی کا انحصار اس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطہ مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطہ مثلاً پلئوریٹس انصباب کی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اُس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے لہذا اُس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ امارت اُس وقت بہت بڑی تشخیصی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شش کے تناظر فقط پر تنفسی آوازیں طبعی پائی جائیں۔
 شعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دہری آواز ہے جو دوران تنفس میں مزمار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن، بلعوم اور شعبی انبوبات کی گنگ سے
 ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قبضہ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے
 سنا جاسکتا ہے۔ شبیتی اور زفری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک
 دوسرے سے صاف طور پر جدا ہوتی ہیں اور کیفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔
 ان کی نقل اتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جہرمن "ch" کا تلفظ ادا کرنے
 کی وضع میں رکھا جائے اور یا ہر کو بھونک مار کر اندر کو ہوا پوسی جائے۔ شش پر جو
 شعبی تنفس سنائی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتقاع کا (high-pitched) انیسیمی (tubular:
 یا اوسط ارتقاع کا (medium-pitched) یا ادنیٰ ارتقاع کا (low-pitched) (کھفکی
 cavernous: ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غیر اہم
 ہے۔ انیسیمی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکثد (hepatized)
 شش پر سنائی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کش" (whiffing)
 کی صفت رکھتا ہے۔ کھفکی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow)
 نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کھفوں پر سنا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس
 امر بردال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کھف ہے شعبی تنفس (bronchial breathing)
 جب تہیہ پر سنا جائے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ شش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔
 یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اینفجی ساخت، محوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور
 یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ
 ذات الریہ یا سل ریوی میں) یا بعض اوقات اگر ہوائی راستے ہما تر مٹھوس
 نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی بچکاؤ (پلیورائی انصباب: pleuritic effusion) کی وجہ
 سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گرد و پیش کے شش کے تھک (consolidation)
 کے ساتھ شعبی انبوبات کا انفتاح (patency) موجود ہو، تاکہ مزمار آواز کا ایصال
 سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی خریک جو فیزی جزو
 غیر موجود ہو۔

قِل رری تنفس (amphoric breathing)۔ یہ ایک گہری آواز ہے جو شہیق اور زفر کے دوران میں سُنائی دیتی ہے اور جو شعبی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنگار ہو۔ اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی استخوانی یا گلدان (vase) کے سُندھ کے اندر پھونکنے سے اُٹاری جاسکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کہفوں پر سُنائی دیتی ہے یا ایسے استرواح الصدر (pneumothorax) پر سُنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو اور یہ اُس کہف کی گنگ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قدرتی تنفس کا ارتقاع (pitch) اور بلندی (loudness) تغیر پذیر ہوتی ہے۔

صرصرہ (stridor) ایک بلند آواز ہے جو انیمینی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے، لیکن اس کی صفت نیٹی (whistling) جیسی یا سکارنے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز، مزار کی تسلی، قصبہ کی تسلی یا بڑے شعبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تسلی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصے پر سُنائی دیتی ہے اور بعض اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر مسمع الصدر کی مدد کے سُن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds)، معمولی تنفس کی آوازوں یا متذکرہ بالا طور پر ترمیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ اور اُن کے ساتھ ساتھ سُنائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پرسکون تنفس کے ساتھ نہ سُنائی دیں تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہئے جس سے ممکن ہے کہ یہ سُنائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi)، لغطات (râles) اور فِرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں جو غماط کے اجتماع سے شہیق انبوبات کے سد و یا غماطی جھلی کے ورم، یا انبوبات کے عضلی ریشوں کے شہیق انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ آوازیں شعبی انبویہ کی جماست اور تسلی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں اور انہیں مختلف معمولی آوازوں مثلاً کو کو کرنے (cooing) کراہنے (groaning) خراٹے لینے، غرغر اٹنے،

(grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ اونے ارتقا کی (lower-pitched) خراٹے دار آوازوں کو سران خراٹ (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبت بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبت اعلیٰ ارتقا کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خراٹ (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبت چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زیر یا شہیق میں سنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند تران خراٹ اکثر مریض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سنائی دیتے ہیں، اور انھیں سے ”سوں سوں کی آواز“ (wheezing) پیدا ہوتی ہے۔

لغظات (râles) مختلف قسم کی، چھٹنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگھرو بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جامت کے اور نسبت چھوٹے شعبی انبوبات میں، یا ریوی کہنوں میں، وہاں کے جمع شدہ سبب ال افزات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ چھوٹنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خراٹ یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تفریق نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خراٹ (rhonchi) مخاط کی موجودگی کے باعث پیدا ہو گئے ہوں۔ لغظات (râles) بلبلوں کی جامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ یا سبک (fine)، متوسط (medium) یا موٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغظات کی تقسیم حسبِ سی (bubbling) اور متفق (crackling) لغظات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخر الذکر ایک تیز صاف، جھنکار دار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ مجتمہ شش کے وسط میں واقع ہوتے ہیں، جہاں ٹمک کے لئے مخصوص حالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنی ختمی لغظات کی آواز دھمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھاک کے ساتھ چھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر ان انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبعی اسفنجی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفق لغظات

(crackling râles) کو بعض اوقات اُن کے مفروضہ سمی ماخذ (acoustic origin) کی وجہ سے متشتم (consonating) اور تختبئی لغات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غیر متشتم (non-consonating) کہتے ہیں۔ تضرع غری لفظ (gurgling râle) ایک موٹا لفظ ہے جو سب سے بڑے انہوبات میں پیدا ہوتا ہے۔ تنک تنک (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لغات کے لئے استعمال کی گئی ہے، لیکن اب عموماً وہ ایک نہایت باریک لفظ کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیاء (مثلاً کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سرسراہٹ) سے ماخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تنک تنک ذات الریہ کے ابتدائی درجے میں اُذیمائے شش میں اور ایسے شش میں سنائی دیتا ہے جو طویل ہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے تنفسی شقیبات، اوقاتوں اور ہوائی تاجوں کے کھلنے کے باعث ہوتا ہے جو پیچھے سٹیاں سے یا سادہ عدم استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تنک تنک (crepitations) اور نسبتاً باریک لغات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جہامت کے اور موٹے لغات دورانِ زفر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ سِل ریلوی (phthisis) میں لغات اس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فلزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکار دار یا کھناکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے شش میں ایک بڑا کہف ہو بولتا یا کھاتا ہو۔ یہ عموماً ایک موسیقی لفظ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعدِ دُعالی امتصاص (post-tussive suction) ایک جُوسنے کی آواز ہے جو ایک کہف (تدرنی یا تمددِ ششی: bronchiectatic) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ مابعد گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سسکار دار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہف کے اندر واپس چُوس لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریہی استرواح الصد

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اس وقت جب کہ طیب کا کان مریض کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک چھلک کی آواز (splashing sound) سنائی دے گی، جو کہنفہ پلیٹورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ھنڑکا بقرط: Hippocratic succussion)۔

فیر کی آواز (friction sound) یا پلیٹورائی رگڑ (pleuritic rub) پلیٹورائی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہو جاتی ہے جو التهاب کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت تمیز شکل میں ایک درشت، گڑ گڑانے (grating) یا چرچرائے (creaking) کی آواز ہوتی ہے، جیسی کہ چمڑے کے دو ٹکڑوں کو ایک دوسرے پر زور سے رگڑنے سے، یا انگلی کی راجی سطح (palmar surface) کو ایک چوبی سطح پر مٹکنے سے نکلتی ہے۔ یہ دورانِ شہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ زفر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فیر کی آوازیں لفظات سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے حصے پر محدود ہوتی ہیں، اور کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوارِ سینہ پر مساع الصدر کا دباؤ بدل دیا جاتا ہے تو ان کی بلندی مختلف ہو جاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پلیٹورائی پیدا ہوتی ہیں تو ضربات قلب کے ساتھ متاثر ہوتی ہیں، لیکن ان کی بلندی (loudness) تنفس کی ہیئتوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیٹورائی تائموری فرک: pleuro-pericardial friction)۔

بولنے کی آوازیں (voice sounds)۔ بولنے کی آوازیں جو طبی سینہ پر مساع الصدر سے سنی جاتی ہیں ایک مبہم (blurred) اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں، جن کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزی بافت میں ان کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی گمگ (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی گمگ کا کم یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance) بچوں اور عورتوں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ صوتی گمگ خفیف یا مفقود ہو۔ مریض میں اس کی غیر موجودگی شبہ کے تسدو (obstruction) یا سیال سے شش کے پچکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

شعبہ صوتی (bronchophony)۔ یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح، اور ساتھ ہی مہول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجددش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس تجدد میں جو ذات الریہ اور سیل ریوی میں واقع ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ شش کا پھیکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو مرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی شش میں سے ایصال ہوتا ہے (صد ر کلا می: pectoriloquy)۔ بزر صوتی (ægophony) آواز کی وہ مخصوص انفی یا غنخناہٹ داس (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو مسامع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اس شایہت پر مبنی ہے جو کہ اس میں اور بکری کے مہیا نے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا عام ترین سبب بلاشبہ پھیپھوں کے اندر سیال کی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہی تجدد میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ بزر صوتی کی توجیہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُر (pure tone) نہیں بلکہ ایک "بنیادی سُر (fundamental note) اور اس کے اعلیٰ تر ارتقا کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ اونے اسر (low notes) ہوائیں سے اُٹھنے میں اتنی اچھی طرح منتقل نہیں ہوتے جتنی اچھی طرح کہ نسبتاً اعلیٰ سُر منتقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بنیادی سُر سیال میں سے گزرنے نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سنے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہا جائے جن میں حروف علت "ای" (e) اور "آئی" (i) موجود ہوں [مثلاً "تھری" (three) اور "نائینی نائن" (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion)۔ اس عمل میں مسامع الصدر سینہ پر کہہ کر اس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اصابتوں میں جرسی آواز (bell sound) یا سحر و سحاسی (bruit d'airain) نکل کی جاتی ہے۔ طبیب سینہ کے اس حصہ پر جو استرواح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، مسماع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک مددگار مریض کے سینہ پر ایک سکر رکھ کر اُسے دوسرے سکر سے مار کر بجاتا ہے۔ یہ آواز کھوکھلے کہنے میں گنگ حاصل کرتی ہوتی، مسماع الصدر میں ایک بلند جھنگار دار موسیقی سُر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

التهاب قصبتہ الریہ (TRACHEITIS) اور نوعی سہیشیں

التهاب قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہو جاتا ہے جو التهاب حنجرہ پیدا کر دیتے ہیں۔ حاد نازلی التهاب قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر سہیشیں التهاب حنجرہ اور شعبی التهاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کر دیتا ہے جو اکثر خشک (hacking) شاید بہت زور کی یا دُور سے سکے طور پر اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے۔ انفلوئنزا کے آغاز میں التهاب قصبہ کے ساتھ نامعلوم مبداء کا تحت القصی درد موجود ہو سکتا ہے۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے مخاطی جھلی متلی (congested) نظر آتی ہے اور بعض اوقات قرعے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں۔ مسماع الصدر سے قصبتہ الریہ کے اندر مخاطی لفظات (mucous râles) سنائی دیتے ہیں، لیکن مخاطی جھلی کا ورم اور مخاطی اجتماع زیادہ بہر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنی تپش گرم ہو، اور تکشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے۔ تکلیف دہ کھانسی میں رافیا (morphia) (۱/۴ تا ۱/۲ گریں) کے نفوحات (insufflations) سے افاقہ ہو سکتا ہے اور سفنات یعنی مخزج بلغم ادویہ (expectorants)، مثلاً اسقیل (squill) اور عرق الذهب،

(ipecaacuanha) بھاپ یا لوبان (benzoin) کے استنشقات (inhalations) اور عظم القص (sternum) کے بالائی حصے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبة الریه پر ڈفٹھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے جو حنجرہ سے پھیل آتا ہے۔ چنانچہ کروپ (croup) جو حنجری ڈفٹھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں، ایک زمانہ میں زیادہ تر التهاب قصبہ (tracheitis) ہی سمجھی جاتی تھی۔

کبھی کبھی حنجرہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبہ الریه (tubercle of the trachea) بھی واقع ہو جاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درنہ کے جاؤ کے بعد تقریح (ulceration) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قرعے پھلی دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں اور عموماً ۲ تا ۴ ملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ یہ قطر میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبہ تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتی ہیں وہ عموماً ان علامتوں سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو کہ حنجرہ یا شش کے ہمزمان مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

آتشک (syphilis) بھی اپنے درجہ ثانوی یا ثالث میں قصبہ الریه کو مایوس کر کے مختلف احصاتوں میں امتلاء (congestion) (شاذ حالات میں) غلط ہے (condylomas) اور اوپری قرعے پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیر قصبہ کا تضیق (stricture) ہے۔ قصبہ الریه بیشتر اوقات اپنے زیرین سرے پر اور نسبت کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر مایوس ہوتا ہے۔ اور یہ تضیق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر کی تسلی ہو یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطر یہ (calibre) کم ہو جائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور جیدوں (ridges) کی صورت میں ابھرتی ہے جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابق قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے مہمغی (gummas) ہو چکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امریکا ان دباؤوں کو آتشک کا راست نتیجہ اور تقریح کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غشرونی حلقے متکشف اور تخرزدہ ہو کر یا تو نفث میں خارج ہو جاتے یا جذب ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیق (stricture) کو حنجرہ میں کی وساطت سے مزار (glottis) کے نیچے دیکھا جاسکتا ہے۔ اس تضیق کے علامات، تشخیں اور معالجہ

لے ذیل میں قصبی تسدو (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

قصبۃ الریہ کی نو بالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبۃ الریہ، اولی نو بالیدوں سے، خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) خیر تناک طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں ہو جاتی ہیں تو بہر (dyspncea) پیدا کر دیتی ہیں اور حنجرہ بین (laryngoscope) یا شعبہ بین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جاسکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسط (mediastinum) کا سرطان متصلہ قصبۃ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کر دیتا اور تضیق (stricture) کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے عسر البلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطان واسط (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی علامات مکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلعات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اسے محض باہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام اصابتوں میں خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطریہ کی تخفیف پر ہوتا ہے، اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلعات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے، لہذا مناسب ہو گا کہ قصبی تسدو کی امراضیات (pathology) اور سریریاتی خصائص پر علیحدہ غور کیا جائے۔

قصبی تسدو

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی تین عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے:-

(۱) یاہر سے دباؤ۔ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہو جائیں (تضیق = stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی۔ قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے

عام ترین اسباب واسطی نوبالیں (mediastinal new growths) اور طئی یاٹسے عروق کا انورسما، جسم درقی کی کلائی، اور گردن کے سلعات خبیثہ ہیں۔ مری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے، لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حملہ آور بھی ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انبوبات کے درمیان اشتخاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی بچوں میں شعبی غدو کا تجسین (caseation) اور تفسیح (suppuration) واقع ہو کر ان کی کلائی پیدا ہو جاتی ہے جس سے قصبہ الریہ دب جاتا ہے، اور اگر پھوڑا قصبہ کے اندر پھوٹ پڑے تو پیپ یا متعین غدو کے حصے نفث کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شوکر کی بوسیدگی (caries of the spine)، مقامی بیلہ (localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess) ملطانی تضیق (mitral stenosis) کی اصابتوں میں متسع بایاں اُذین اور بچوں میں بڑھا ہوا غدہ تیموسیہ (thymus) یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہو جاتے ہیں۔ تضیق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے جس پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔

اجسام غریبہ قصبہ الریہ کے اندر شاذ و نادر ہی مجوس رہتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دو سرے شعبہ کے اندر گر جاتے ہیں، گو یہ ممکن ہے کہ وہ تنفسی روؤں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بھر (dyspnoea) اور صصری تنفس (stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور پتلے جھاگ دار مخاط کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے، یا کمزور ہوتی ہے کیونکہ تسد و زفیری ہوا (expired air) کی رد کو کمزور کر دیتا ہے۔ سینہ گنگ وار (resonant) ہوتا ہے، لیکن حویصلی خوریر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے، یا صصرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ قصبی تضیق کے ساتھ دوسری

علامات اس ضرر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے۔ یہ علاماتیں بعض اوقات اوڑلی آنورسایا عمیق المقام واسطی سلعہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتدائے بالکل غائب ہوتی ہیں۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضطاط ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بہر اور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناگہانی حملے ہو جائے گا امکان ہوتا ہے ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شفا یا بہر ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دور سے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا۔

تشخیصیں - یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے :- (۱) تشدد قصبۃ الریہ اور تشدد حنجرہ کے درمیان - (۲) قصبی تشدد کے مختلف اسباب کے درمیان۔ حنجرہ بین حنجری مرض کی غیر موجودگی کو فی الفور ظاہر کر دے گی۔ قصبی تضیق کی موجودگی یا قصبہ کو دبائے والے سلعہ یا آنورسایا کی موجودگی حنجرہ بین سے یا اگر اس سے ناکامی ہو تو شعبہ بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا یقین مندرجہ بالا دوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال مشکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دورے حنجری شنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کر دیں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شنگافی کر دی جائے۔ حنجری اور قصبی تشدد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گرہارٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تشدد میں حنجرہ تنفسی حرکات کے دوران میں گردن میں اوپر اور نیچے کی طرف بڑی دوز تک حرکت کرتا ہے اور آٹھائیکہ قصبی تشدد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ حنجری تشدد میں سر پیچھے کو گر جاتا ہے لیکن قصبی تشدد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اگر حنجری تشدد کی وجہ عضلات مسمدہ کمال (abductor paralysis) ہو تو صرصرہ (stridor) زیادہ تر شہیتی (inspiratory) ہوتا ہے مگر قصبی تشدد میں کچھ صرصرہ عموماً زفیر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے۔ تاہم حنجری تشدد کی بعض اصابتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی افعال کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مغالطہ ہوتا ہے کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) صرصرہ حجزہ پر ہی سنائی دیتا ہے۔ زیر بحث نکتہ علمی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ قصبہ تنگانی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حجزی تسدو کا ازالہ ہو جائے مگر اس سے قصبی تسدو کا ازالہ ہونا شاذ ہے۔ اور جب اس نوعیت کا عملیہ مریض کو کوئی امکا فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اُسے اس سے معاف ہی رکھا جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ گردن میں کی یا سینہ کے بالائی حصہ میں کی کسی نو بالید یا انور سما سے یہ دونوں تسدات پیدا ہو جائیں یعنی ایک تو بلا واسطہ قصبہ الریہ پر دباؤ پڑنے سے اور دوسرا بلا واسطہ باز گرد حجزی اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے عضلات متحدہ کا مشکل پیدا ہو جاتا ہے۔

قطع نظر اُس امداد کے جو حجزہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے، قصبی تسدو کے سبب کی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائی جاتی ہیں (collateral symptoms)۔ انضغاط کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضا و احشاء کو بھی ماؤف کر دے گا اور اس طرح عمل البلع، نر گردن یا بازو کی وریڈوں کا تسد و تناظر اعصاب پر دباؤ اور عظم القص کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف اصمیت (dulness) پیدا کر دے گا۔ اس کے برعکس جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، اُس تفتیق کو جو آشک کے باعث ہوا ایسے علامات سے مترا ہونا چاہئے۔ لیکن جب اور طبی کاؤز ہوا قصبہ کو دبا تا ہے تو ابتداء ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ شناخت کیا جاسکے۔ انور سما اور دروں صدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے کے لئے قارئین درون صدری ٹومایہ جاست (intra-thoracic neoplasms) کا بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181)۔ ہر دو صورتوں میں رابنجی شعاعوں (Röntgen rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ اُن اسباب پر جو کہ نسبتاً عام ہیں، معالجہ کا چنداں اثر نہیں ہوتا۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبائے والے پھوڑوں کی شاذ اصابتیں پھوڑے کے پھوٹ جانے پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ داعیات (indications) یہ ہیں :- (۱) اگر ممکن ہو تو سبب مرض کا دور کرنا۔ (۲) جہاں تسدو بالائی حصے میں ہو قصبہ کو مقام تسدو سے نیچے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غدہ در قسیمہ (thyroid) یا بیش پروردہ تیرویہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہئے، اور گردن کے بڑھے ہوئے غدو یا بالیدوں کو بھی اسی طرح پھوڑے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موقعے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انور سما کی تشخیص ہو گئی ہو تو اس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہئے اور بتین تضیق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیمیم آیوڈائیڈ یا سال ورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے، بالخصوص جب کہ تعامل و آزرین (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائیڈ کا استعمال ہر اس اصابت میں کیا جاسکتا ہے جس میں تسد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معلومات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عمل کرنا چاہئے اور پھر مریض کو اٹاکر یا ہلاکر یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے حاصل قسم کا کلاب استعمال کر کے جسم غریب کو نکالنے کی کوششیں کرنی چاہئیں۔

130

شعبی التهاب

(BRONCHITIS)

بجھڑا اسباب - شعبی التهاب ایک اتولی مرض کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس "معمولی زکام" (common cold) کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے، اور اس کی جراثیمیات اور طریقہ سرایت بھی اسی کے جراثیمیات اور طریقہ سرایت کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التهاب اکثر حفرہ اور انفی غشائے مخاطی کے التهاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ التهاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو، اور پھر نیچے کو شعبات تک پھیل جائے۔ در حقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التهاب کے ہمراہ کرنا چاہئے۔ شعبی التهاب کا ایک دوسرا سبب یہ ہے کہ شعبی غشائے مخاطی کا تھسا

خراش اور بخارات کے ساتھ، یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد وغبار کھڑ) کی حامل ہوا کے ساتھ، یا سرد و مرطوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ، یا کانوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شعبی التهاب، شعبی انبوبات کے اندر اجماع غریبہ کی حقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلہٴ نثار ہے، لیکن انبوبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے، اور شعبی التهاب جرم شش کے اندر ذرہ یا سرطان (carcinoma) کے جاؤں سے بھی ہمیشہ واقع ہو جاتا ہے۔ شعبی التهاب اُن نازلی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بَاق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں، جیسے کہ تبقہ رِیوی (pneumococcus) فریڈ لینڈر کا عصیہ رِیوی (pneumobacillus)، تبقاتِ سنجیہ (streptococci) خرد تبقہ نازلی (M. catarrhalis)، تبقاتِ عنبیہ (staphylococci) خرد تبقہ چھارنزا (M. tetragenus) اور کبھی کبھی عمومی عصیہ قولونی (bacillus coli communis)۔ نیز یہ ہر قسم کی ماسکی سرایت (focal infection) اور خاص کر جوئی مرض (sinus disease) سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever) کھسراؤ و فقیہریا انفلوئنزا، اور کالی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شعبی التهاب ہمیشہ پایا جاتا ہے اور مرضِ برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شعبی التهاب اور دمہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شعبی التهاب شیر خواروں، چھوٹے بچوں، اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور جواں سال بالغ اور ادھیڑ عمر والے اُس میں نسبتاً بہت کم مبتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے، گرم کمروں میں بند رہنے سے اور غیر ضروری طور پر ادھے لیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موضوع میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلہٴ خفیف تکشف (exposure) ہی سے شعبی التهاب میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں، یا ناکافی غذا، مکان پیدا کرنے والے پیشوں، یا خراب صحتی حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں اُس میں بہ آسانی مبتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض جو پھیپھڑوں کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے، شعبی التهاب کا سبب مُعدّہ (predisposing cause) ہے۔ موسم گرما کی نسبت سرما میں شعبی التهاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب کا شعبی التهاب کے ایک ہی حملہ کے بعد یا مکرر حملوں کے بعد پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التهاب کی موجودگی پر حاد شعبی التهاب کا اضافہ ہو جائے۔

امراضیات (pathology)۔ سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے، لیکن مرض کی شدید یا طویل اصابتوں میں تحت المخاطی طبقة (submucosa)، اور شاذ مثالوں میں شعبی انبوبات کی گریاں، اور شش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقیّت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بہ کثرت افراز نکلتا ہے۔ یہ افراز ایک صاف سیال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیات (leucocytes) اور جھپٹ ہوئے سرطلی خلیات بھی موجود ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں یہ افراز سپید خلیات کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتاً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ انحطاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں شہیق ہوا سے اخذ کردہ کاحل یا میل موجود ہو۔

ہلکے اصابتوں میں انبوبات اکثر سبزی مائل پیپ سے بھرے ہوئے پکے جاتے ہیں (سرخمی شعبی التهاب: purulent bronchitis)۔ بعض اوقات سب سے چھوٹے انبوبات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اگر شش کے اوپری حصے کی ایک فاش کاٹ لی جائے اور متکشف تراش کو دبا کر پھوٹا جائے، تو کئی ہونی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے۔ یہ حالت شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) یا التهاب شعبیات (bronchiolitis) ہے۔ فرینکل (Fraenkel) ایک لیفی انطماسی شعبی التهاب (bronchiolitis fibrosa obliterations) بیان کرتا ہے جو خراش اور ہوا آگروہ غبار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس میں شعبیات (bronchioles) اتصالیات کی حاد یا تحت الحاد (subacute) بالیدگی سے مدد ہو جاتے ہیں۔

جب معمولی نازلی تصابوں میں التهابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شعبتوں کے یعنی طبقات و نیز اور سپید خلیوں سے درجہ (infiltrated) ہو جاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے مذلول ہو جاتے ہیں۔ اور کڑیاں اور مخاطی غدہ بھی اسی سبب سے غائب ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی تصابوں میں شعبی انوبات قمع ہو کر بیچوڑے ٹکڑے بنایا استوائی مجاری بن جاتے ہیں جو اکثر شش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (تمدد الشعب: bronchiectasis)۔

شعبی التهاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود شش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ یعنی حاد شعری شعبی التهاب سے ملحقہ کی ہبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب کے بعد حویصلی نفاس (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن رخنکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر تینوں کا تذکرہ جدا جدا کیا جائے گا۔

لمتکلی ہبوط (lobular collapse) انفرادی لمتکلوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب ان تک پہنچانے والے شعبی انوبات مخاط سے مدد ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی انوبہ سدود ہو جاتا ہے تو اس کے اندر کی محبوس ہوائیک غیر متحرک حالت میں ریوی شریات کے ساتھ تماس رہنے سے جذب ہو جاتی ہے اسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی خلوی یافت کے اندر داخل ہو گئی ہو۔

شریانی خون کے امتحان سے حاصل شدہ تجربی شہادت (۶) موجود ہے کہ شعبی التهاب کی شدید تصابوں میں جوہر (dyspnoea) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO_2 کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی شش کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبعی امارات۔ معائنہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سینہ متساوی (symmetrical) اور عام طور پر متوسط درجہ کے۔ پیش تندو کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے معین عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں اور زفر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شہیق (inspiration)

میں بین الاضلاعی فضائیں اندر کو چوس لی جاتی ہیں۔ قرع (percussion) کرنے پر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے، لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش آمد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جمع شدہ افراز سے یا ہیوٹ (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے۔ استماع (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیرونوں کے ساتھ صفیری خرخرات (sibilant rhonchi) یا سران خرخرات (sonorous rhonchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار ماؤف انبوبات کی جسامت پر ہوتا ہے) یا مختلف اقسام کے لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں، یا خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ موٹے خرخرات (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ خود مریض کو یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لغطات (coarser râles) زفیرون و شہیق دونوں کے ساتھ، اور نہایت باریک لغطات (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سارے سینہ پر سنائی دیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ حویصلی خیر (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں۔ شعبی عضلہ کے شنج کی صورت میں زفیرون (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے۔

حاد شعبی التهاب کے علامات۔ ابتداء قدرے کلمندی (malaise) اور سینہ میں تنگی کا احساس ہوتا ہے، اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بُساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا۔ خفیف اصابتوں میں عام احتمال محض خفیف سا ہوتا ہے، اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں قدرے تپ ہو کر تپش۔۔۔ آیا اور جب تک بلند ہو جاتی ہے اشتہا جاتی رہتی ہے، زبان قرمز اور مر جاتا ہے اور انتوں کا فعل مُست اور قارورہ قلیل المقدار ہو جاتا ہے۔ کھانسی ابتداء کھری اور خشک ہوتی ہے، اُس کے ساتھ اکثر عظم العص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبری زفير (forced expiration) کے عضلات میں بھی درد ہوتا ہے جس کی وجہ وہ با (strain) ہے جو ان پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے، اور پتلی، جھاگ و ارمخاط پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کبھی کبھی خون کی دھاریاں موجود ہو۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبتاً زیادہ آسان اور زیادہ ذیلی ہو جاتی ہے اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ وافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور سبز ہو جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس میں خون کے سپید غلیوں کی بڑھتی ہوئی مقدار کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبتاً خفیف تراصابتوں میں نفث، دوران خواب میں جمع ہو جانے کی وجہ سے صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے، اور شہروں میں یہ بئاق (sputum) اکثر اوقات کرہ ہوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔ بھر (dyspnoea) اکثر زیادہ ہوتا ہے، اور مریض کو بستر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے (انتصافی تنفس: orthopnoea)، اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز ریم (muco-pus) کا افزا کم ہو جاتا ہے، کھانسی نسبتاً کم مرتبہ آنے لگتی ہے، اور بتدریج علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ جب اس شکل میں کہ جسے اوپر شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے، صغیر ترین شعبی انہوبات ریوی افزا سے پُر ہو جائیں، تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے، بالخصوص بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بھر، چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی (lividity)، اور سریع خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداً بار بار آتی ہے، اور اس کے ساتھ لزج چمکدار مخاط یا مخاط آمیز پیپ، یا پیپ نفث میں باخراط خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہو جاتا ہے۔ اس کی نبض زیادہ کمزور اور زیادہ سریع ہو جاتی ہے۔ شہقی مساعی نسبتاً کم کارگر ہوتی ہیں۔ اور بین الاضلاع فضائیں زیادہ اندر چوسھی ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث بتدریج کم ہو جاتا ہے، اور موت سے پہلے دماغی دوران خون کا اختلال (coma) سے ظاہر ہوتا ہے، جس کے ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔

مزمن شعبی التهاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات، دراصل حادثہ کے صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تپ اور وہ بنی اختلال نہیں ہوتا جو حادثہ میں

واقع ہوتا ہے، اور طویل مدت تک جاری رہنے کے بعد مستقل قسم کے ثانوی نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود شش میں نفاخ (emphysema) اور اتساع انبوبات (تمدد الشعب bronchiectasis) واقع ہو جاتا ہے جن کا بیان بعد میں دیا جائے گا۔ لیکن مزمن شعبی الہتہاب کے اثرات شش سے بھی آگے تک محسوس ہوتے ہیں۔ چنانچہ نفاخ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) ریوی دوران خون میں مزاحم ہوتا ہے اور وایاں قلبیش پروردہ ہو جاتا ہے ممکن ہے کہ وایاں قلب بالآخر متسع ہو جائے، اور ایسا ہونے پر عام وریدی نظام متاثر ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اطراف زیرین کا تہیج، امتلائے جگر، استسقاء شکمی (ascites) اور البیومن بولیت واقع ہو جاتے ہیں۔ ایسے حالات کے تحت اکثر سہ شرفی باز روی (tricuspid regurgitation) واقع ہو کر اس کا تمیز و مخصوص خیر (murmur) پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہوں امراض قلب)۔ طویل المدت اور شدید مزمن شعبی الہتہاب مریض کی قوت پر ایک خطرناک اثر ڈالتا ہے۔ نیند میں خلل، نفث وافر اور مضمہ خراب ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تغذیہ گہر جاتا ہے اور ممکن ہے کہ لاغری بہت ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ اس آخری درجہ میں ایک عارضی قسم (hectic type) کا عمومی تعامل واقع ہونے لگے۔ مزمن شعبی الہتہاب کے اقسام عام طور پر حسب ذیل بیان کئے جاتے ہیں :-

۱۔ اصابتوں کی نسبت بہت بڑی تعداد و سعال شتائی (winter cough) کے عنوان کے تحت آتی ہے جو متذکرہ بالا طریقہ پر واقع ہوتی ہے۔ یہ کھانسی تغیر پذیر ہوتی ہے اور بعض اوقات یہ دوروں کی صورت میں آتی ہے اور رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے۔ صبح کے وقت بھی اکثر شدید کھانسی ہوتی ہے جو بوقت استراحت جمع شدہ افرازات کو نکالنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ نفث مرض کی شدت یا وسعت کے لحاظ سے یا تو مقدار میں کم تپلا مخاط آمیز اور چمک دار ہوتا ہے اور صبح کے وقت اس میں سیاہ رنگ موجود ہوتا ہے۔ یا وہ زرد یا زردی مائل سبز اور غاطلی ریوی (muco-purulent) ہوتا ہے اور اس میں ہوا بہت کم ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالکل بے ہوا مائع سبز پیپ ہو۔ اس صورت میں بساقات (sputa) عموماً ظرف کے اندر باہم مخلوط ہو جاتے ہیں اور وہ سکہ نما کیفیت (nummular character) جو سیل ریوی میں

عام ہوتی ہے، نہیں ظاہر کرتے۔ خروبین کے نیچے، کثیر التعداد ریوی خلیوں کے علاوہ، حسلی خلیے جن میں چربی ہوتی ہے، اور غیر مرض زاخرو و غصویہ دکھائی دیتے ہیں۔ کبھی کبھی نفث کے اندر خون موجود ہوتا ہے جو عموماً دھاریوں کی صورت میں ہوتا ہے لیکن مشاذ حالتوں میں تو دونوں کے طور پر یا کسی بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

۲۔ خشک شعبی التهاب (dry bronchitis) یا خشک نازلت (dry catarrh) مزمن شعبی التهاب کی ایک قسم ہے جس میں افزائ نہایت کم ہوتا ہے۔ کھانسی متواتر، تند اور طویل ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چہرے کا شدید امستلا واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن بُساق یا تو بالکل نہیں ہوتا، یا صرف لوچدار (tough) غماط کی قلیل مقدار پیدا ہوتی ہے۔ سینہ میں بہت خراش (soreness) اور نسبتہ چھوٹے انوبات کے شہج کی وجہ سے بہت بہر (dyspnea) ہوتا ہے۔

۳۔ اس شدت و حالت میں جسے نزلہ شعبی (bronchorrhoea)

یا بخار مردار نازلت (pituitous catarrh) کہتے ہیں، سرایت کی خاص زد مخاطی غد پر پڑتی ہے۔ کھانسی تکلیف دہ ہوتی ہے، اور بُساق کو باہر نکالنے کی کوشش میں دورہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بالآخر جو بُساق نکلتا ہے وہ یا تو تیلہ ہوتا ہے یا گاڑھا اور چھپچھپا (ropy) جو انڈے کی بغیر ابالی ہوئی سپیدی کی طرح نظر آتا ہے جس میں چھوٹے ٹشبات سے نکلے ہوئے زردی مائل سپید رنگ کے صمات (plugs) کی دھاریاں ہوتی ہیں، اور یہ سب جھاگ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایک ایسی اصابت میں جو کہ حال ہی میں بیان کی گئی ہے (8) چوبیس گھنٹے کے اندر ایک پائمنٹ نفث نکلا، اور یہ کئی مرتبہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں وقت کے ساتھ خارج ہوا، اور کھانسی کا ہر دورہ ختم ہونے پر ایک یا زائد مخاطی صمات (mucous plugs) کا اخراج ہوا۔ لیکن جہاں مجموعی حجم کی مقدار چار یا پانچ پائمنٹ ہو ایک ہی وقت میں بڑی مقداریں مقابلہ خفیف سی کوشش سے ہی خارج کی جاسکتی ہیں۔ پہنچ شش سے نزلہ شعبی کی شناخت اس طرح سے ہو سکتی ہے کہ پہنچ کی حالت میں جھاگ کو اوپر سے علیحدہ کر دینے کے بعد اس سیال کا رنگ زرد یا سفید ہوتا ہے اور اس کے ایوینی جزو کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

۴۔ گندیدہ یا مہنتن شعبی التهاب (putrid or foetid bronchitis)۔ اس کی ممتاز خصوصیت ہنایت بدبودار بئاق ہے جو بیشتر ان امایوں میں ہوتا ہے جن میں انبوبات متبع ہو جاتے ہیں۔ بئاق وافر مقدار میں اور کسی قدر تیل ہوتا ہے، اور بئاق دان کے اندر اکثر تین تھوں میں جدا ہو جاتا ہے جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک تلی مصلی مخاطی سیال ہوتی ہے، اور سب سے نیچے پیپ کی دبیرتہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو ڈیٹرٹس یا ٹراؤبے کے صمات (Dittrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں۔ ان کا رنگ پسیدی مائل رمادی یا میلارمادی مائل زرد ہوتا ہے اور جہالت میں یہ باجرے کے دانے سے لے کر سیم کے بیج کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں۔ خوردین کے نیچے ان کی ترکیب میں ریجی جیمات، پُورا (detritus)، جسٹریئم پالمٹک (palmitic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے باریک سوزن مابندل اور تخیف شعریہ (leptothrix) کے بلدار وھاگے شامل ہوتے ہیں۔ اس بئاق کے کیمیائی مافیہ ایسٹک (acetic)، بیوٹائرک (butyric)، اور ولیریانک (valerianic) ترشے، لیوسین (leucin)، ٹائروسین (tyrosin)، سلفیو ریٹھڈ، الڈروجن (sulphuretted hydrogen)، اور میتھائل امائن (methyamine) ہیں۔ گندیدہ شعبی التهاب میں اورشش کے گنگرین میں امتیاز کرنا چاہئے۔ بہت بدبودار بئاق اس دُبلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شش کے اندر پھوٹ جائے، اور کبھی کبھی یہ ایک پراسے تدرنی کہنہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے۔

۵۔ تلوینی (plastic)، قائلینینی (fibrinous)، یا کروپی (croupous) شعبی التهاب۔ اس شاذ عارضہ کی ممتاز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی انبوبات کے بانگ (casts) خارج ہوتے ہیں۔ بئاق عموماً گول تو وہ کی شکل میں، اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، اور جب اسے پانی میں رگڑا جائے تو میں شعبی انبونی نظام کے ایک حصے کا کم و بیش مکمل شاخدار سبیکہ (cast) نظر آتا ہے۔ یہ سبیکہ عموماً ایک تاز کے پر (goose-quill) سے زیادہ دبیر نہیں ہوتا، اور طول میں ۱/۲ سے لیکر ۱/۲ انچ تک متغیر ہوتا ہے، اور صرف شاذ ہی ۴ یا ۵ یا ۶ انچ تک پہنچتا ہے۔

اس کا رنگ رامادی یا سیدی مائل زرد ہوتا ہے اور یہ ہم مرکز ورقوں (laminae) مشتمل ہوتا ہے جو عموماً انبویہ کے درونہ (lumen) کو پر نہیں کرتے، یہی وجہ ہے کہ یہ سببانگ سوائے ان کے جو صغیر ترین انبوبات سے نکلے ہوں، ٹھوس نہیں ہوتے۔ خردبین کے نیچے اس سبیکہ کی ساخت ریشک دار نظر آتی ہے جس میں کثیر التعداد سپید جسامت، بنقالت سبجیہ (اسٹریٹو کاکائی) بنقالت غنیہ، ہیٹائڈین کی قلیں، گردشمن کے مرفوے (Cruschmann's spirals) اور شمار کو لیڈن کی قلیں (Charcot-Leyden crystals) مدفون ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 141)۔ مریض کو کھانسی کے سخت حملے ہوتے ہیں جن سے اس کا دم گھٹنے لگتا ہے ساتھ ہی سینہ میں کم و بیش درد اور وباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتداءً بساق نہیں نکلتا اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ شاید قدرے غلط ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شعبی سبیکہ خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چند ہی گھنٹوں میں پھر عود کرتی ہے اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے سببانگ (casts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں اور پھر مریض بتدریج بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابیوں میں نفث الدم (haemoptysis) واقع ہوتا ہے اور یہ عموماً سبیکہ خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبیعی ادارت ایک شعبہ کے سد کے ہوتے ہیں اور اس کے ساتھ ہی جیسے جیسے سببانگ اکھڑتے جاتے ہیں لفظانہ (rales) سنائی دیتے ہیں۔ تنکونی شعبی التهاب (plastic bronchitis) خافہ سی ہلک ہوتا ہے اور جب ہوتا ہے تو یہ چپیدگیوں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶۔ وہ مریض شعبی التهاب جو مرض کثرت خلیات سرخ (polycy-
thaemia rubra) یا مرض ایٹزا (Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے، آکسیجن کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے، لہذا خون کے ہیمر گلوبین میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً ۲۰۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ انگلیاں گرز شکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت اندق (cyanosed)

ہو جاتا ہے، اور ایک اصابت میں شریانی خون بجائے طبعی ۵۹ فیصد کی بجائے ۷۹ فیصد کی آکسیجن سے شریانی کیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہو گیا تھا لہذا آکسیجن کی حقیقی مقدار جو خون کے ذریعہ سے منتقل ہوئی تقریباً طبعی درجہ کی تھی۔ شریانیوں میں CO_2 کا دباؤ بھی زیادہ تھا اور مریض کی سانس نہایت پھولی ہوئی تھی (7)۔ غور کی نسبت مرد زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں اور تعامل و آسمن (Wassermann reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں بطن بہت بیش پروردہ اور متع ہوتا ہے جس کا مظاہرہ برقی قلبی ترکیب (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان کا اتساع اور آتھروما اور پھیپھڑوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے جو ریوی دھوی دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

تشخیص۔ شعبی التهاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور لفظ (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ دھما میں بہر (dyspnoea) اور طبعی امارات ایک نہایت حاد شعبی التهاب کی طرح کے ہوتے ہیں، لیکن اسکے وقوع کی سرگزشت اور مابقی حلوں کی روئداد اس کی تشخیص میں مدد ہوگی۔ شری شعبی التهاب (capillary bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں اور ان اصابتوں کو کبودی، عنودگی اور لفظات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسلسل (ملاحظہ ہو صفحہ 144) صرصرہ (stridor) پیدا کر سکتا ہے جو غلطی سے شعبی التهاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا جاتا ہے۔ اکثر مزمن سہل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں وقت ہوتی ہے، کیونکہ سہل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی التهاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حموی تعامل نفث اللہم سرین لاغری کا وقوع اور ایک جانب یا ایک راس پر طبعی امارات کی زیادہ شدت کا پایا جانا سہل ریوی کی موافقت میں ہوگا، اور اس کی تصدیق عصیوں کے لئے بساق کے امتحان سے یا لاشعاعوں (X-rays) یا ٹیوکرکولین (tuberculin) کے استعمال سے کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو سہل ریوی)۔

اب اس کی تعیین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حاد شعبی التهاب ایک ادلی اسرت ہے، یا ایسے عواض کا جیسے کہ کالی کھائی (whooping cough) کھسرتپ چھرتہ

یاد دوسری کسی نوعی تب کا ثانوی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حاد و خفی تدرن (acute miliary tuberculosis) کا خیال کیا جاتا بھی ضروری ہے۔

انذار۔ حاد شعبی التهاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ رمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التهاب کی ہلکے امیبتوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔ مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھٹا دیتا ہے تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متاثر ہوتا ہے اور اس کے مریض دورانِ گرمیاں اکثر عموماً اچھے رہتے ہیں اور سرما میں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان کی حالت بعد میں آنے والے ہر سرما کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرما میں یا شہروں کے سرد گھروں میں یا دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہے یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبتاً گرم آب و ہوا میں رہ کر اس ناموافق موسم سے محفوظ رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ ایسے شعبی التهاب کو محدود رکھ سکیں اور ایسے ہلکے انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات افراد کی مقدار اور ثانوی نتائج (یعنی نفاخ، متسع، انوبات، اور دایس قلب کے اتساع) کی سرعت نمو کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

تحریر۔ اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ سرائت کے منبعوں سے اور انفرادی امیبتوں میں سرائت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلت (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہئے۔ اگر تناس کے بغیر جارہ نہ ہو تو انفلوئنزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوش (gauze masks) پہنے جاسکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں (ملاحظہ ہو صفحہ 196) مناسب امیبتوں میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ مذکورہ جذریات (stock vaccines) یا خود زاد جذریات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر باقی

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضو یہ جو مرض کا خاص سبب ہے اکثر خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التهاب کا نہایت عام سبب مُعَدّہ (predisposing cause) ہے، لیکن ممکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورن مٹھ (Bournemouth) وینٹنر (Ventnor) ٹارکوے (Torquay) یا پنزنس (Penzance) کی بودوباش سازگار نتائج پیدا کر دے۔ نیز سازگار آب و ہوا تیس بیرون انگلستان میں بھی ہیں اور میتنٹون (Mentone)، سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes) آر کے شان (Arcachon)، جزائر کیانری (Canary Islands)، مڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (اسوان : Assuan) ایسے مقامات ہیں جہاں مریض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج - متوسط شدت کی اصابتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہئے۔ نسبت کم شدید اصابتوں میں اگرچہ مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے، تاہم اُسے تکشف (exposure) سے محفوظ اور حتی الامکان ۶۰ درجہ یا ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہوا پر تیش میں رکھنا چاہئے۔ مریض شعبی التهاب میں ممکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا پڑے (ملاحظہ ہو تحریریں)۔ اگر سینہ میں زیادہ تسنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine)، رائی کی پٹی (mustard leaf)، یا اسی کی پولٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رائی چھڑکی ہوئی ہو، جو ابی خراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہئے۔ بچوں میں جو ابی خراش آوراویہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے، مگر ایک پتلی پولٹس جو سارے سینہ کو گھیر لے (جاکٹ پولٹس jacket poultice) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذی ہونی چاہئے۔

ہوائی راستوں کا تدویر و روکنے کے لئے تین قسم کی میکانیٹیں (motor mechanisms) ہیں، یعنی نسبت بڑے شعبات کے لئے اہداب (cilia) کی حرکت و دُسر (propulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیٹ (expulsive mechanism) اور نسبت چھوٹے شعبات کے لئے عضلی حرکت دوویہ

(muscular peristalsis) - لیکن شعبتوں میں افراز کا عمدہ بہاؤ بھی مساوی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مدہن (lubricant) اور خراشیں اور اشیاء کے مڑتی کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو، ممکنات (sedatives)، مثلاً مرکب صبغیہ کافور (tinect. camph. co.) کی ضرورت ہے، اور اس کے بعد منقثات (expectorants) کی۔ امونیسٹم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ گرین ہر چوتھے گھنٹے) نبید عرق الذہب (vinum ipecacuanhae) (۵ تا ۱۰ قطرے) اور صبغیہ اسفیل (tinect. scillae) (۵ قطرے) معدی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرتے، اور عصب تانیہ (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعبی افراز کو بڑھادیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعبی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوب عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، یعنی جمع شدہ شعبی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام نبید عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے، اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے مکرر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعبی الہتباب میں اسفیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ قلب پر اس کے اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ منقثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعبی غدود کی راہ سے خارج ہو کر ان کے افراز کو تھریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ۵ گرین کی غراکوں میں پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعبی الہتباب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث کثرت ہو، بلسان پیرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے ۱/۲ ڈرام شہد میں مخلوق کر کے) اور بلسان طولو (balsam of Tolu) دینا چاہئے، یا امونیسٹم کلورائیڈ (ammonium chloride) (۵ تا ۲۰ گرین)۔ جہاں بساق بدبودار (foetid) ہو، ٹیری بین (terebene) (۵ تا ۱۰ قطرے) دینا چاہئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ۵ قطرے شکر ٹریکا کرون میں کئی بار لینا مفید ہے۔ نو عمر بچوں میں جو طاقبت نفث محض پرلے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعبی الہتباب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کہ ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

انہوبات پر ہو کر دم گھسنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افرازی غدد کو مشلول کرنے اور انہوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبیغہ لہلہ (tinc. belladonnæ) ساتھ قطروں کی خوراکوں میں، یا ایٹروپین (atropine) بمقدار بیہ گریں کے اشربات دئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش اور ہو تو مسکنات (sedatives) استعمال کئے جاسکتے ہیں، مثلاً مارفیا (morphia) قلیل مقداروں میں (۱/۲ گریں یا ۱/۴ گریں) مرکب صبیغہ کافور (۱/۲ ڈرام) ہیرمون (۱/۲ تا ۱/۴ گریں) کوڈین فاسفیٹ (codeine phosphate) (۱/۴ گریں) یا لوٹائیئم یا ہونیم برومائیڈ (۵ گریں)۔ لیکن اگر کوئی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ تنفسی اور قلبی مرکزوں کو خطرناک طور پر منخفص کر دیں۔ ہائیڈرو سائٹک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی مسکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کرزبری (syrup of Virginian prune) کے اندر موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تانیہ کے اختتامات کو مشلول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے) اور "معدی کھانسی" (stomach cough) میں مفید ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں شعبی انہوبات کا زیادہ شنج ہوتا ہو صبیغہ جوز مائل (tinct. stramonii) یا صبیغہ تیغ صحرائی (tinct. lobeliae) (۵ ابوند) ایتھر (۵ ابوند) یا صبیغہ قنب ہندی (tinct. cannabis aeth.) (۵ ابوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral ind.) (۱۰ ابوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقہ کائے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، مثلاً مرکب لوق قلیل (linctus scillae co.) (B. P. C.) (اڈرام خوراک) کی صورت میں، جس میں مسکن مرکب صبیغہ کافور اور منقشات سکینجین قلیل (oxymel scillae) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقادیر موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح جوز مائل (stramonium) یا تیغ صحرائی (lobelia) عام طور پر لوٹائیئم آیوڈائیڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں، اور ایلکسیڈر امارفینی ایٹ ٹرپینی (B. P. C.) (elixir diamorphini et terpini) (اڈرام) میں ٹرپین ہائیڈرائیٹ

(terpin hydrate) ہیروئن (heroin) اور شربت کمرز بری (syrup of Virginian prune) موجود ہوتے ہیں، یعنی ایک کنفیٹ اور دو مسکن۔

تمام شدید امیبتوں میں جن میں زراق (cyanosis) یا بھر (dyspnoea) موجود ہو، کیجن کے استنشقات (oxygen inhalations) سے قسمتی مدد پہنچ سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔ کمرے کی ہوا کو بھاپ سے (جو ایک بھر سے) bronchitis : 'kettle' سے نکلتی ہو) مطلوب رکھنے سے، یا دوا آلود (medicated) استنشقات مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoin) سے [مرکب صغیر عود ایک ڈرام گرم پانی ایک پائنت جو ایک خاص شکامہ (inhaler) سے یا ایک مہولی ابرقی (jug) سے استنفاق کیا جائے] فائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بساق بکثرت ہو یا بدبو دار ہو تو ذیل کے ادویہ مفید ہیں :- ویراویائی اباس (vapour olei abietis) (B. P. C.) (ایک ڈرام نصف پائنت ہیں)۔ خشک استنشقات مثلاً ویراویائی (vapour cresol. co.) (B. P. C.) جبکہ اس سیال کی ایک تھوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر حرارت سے اس کی بخیر کر دی جاتی ہے۔ ویراویوڈی ایٹھیرسس (vapour iodi aetheris) ایک فمی انفی آئر تنفس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویراویائی کلورائیڈی (vapour ammonii chloridi) (B. P. C.) اگر شعبی الہیاب کسی بینی مرض سے منسوب کیا جاسکے تو بلاشبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہئے، مثلاً نقرس (gout) کا علاج قلوئیات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) ویکریہیت امیبتوں کے لئے مقویات (tonics) جیسے کہ کونین اور کاڈ بچھلی کے تیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ امعا کا فعل آزاد نہ ہو رہا ہے۔ اور زیادہ عرصہ کی امیبتوں میں جہاں قلب کی دائیں جانب مسج (dilated) ہو گئی ہو، مختلف افرازات کا آزادانہ بہاؤ جاری رکھنا چاہئے، اور قلب کے فعل کو ڈجیٹالس (digitalis) سے اسی طرح مدد پہنچانی چاہئے جس طرح کہ مصری من (valvular disease) کی متناظر امیبتوں میں پہنچانی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ خرد عضویہ نازلت (M. Catarrhalis) یا فریڈلینڈر کا عصیہ (Friedlander's bacillus) ہو یا جب ماکلی سرایت (focal infection) ادلی سبب ہو، تو جدرینا سے (vaccines)

سفید ہوتے ہیں۔

تمدد الشعب

(BRONCHIECTASIS)

بحث اسباب۔ تمدد الشعب یا شعبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی شش کی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش: fibroid lung) یا نفاخ (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

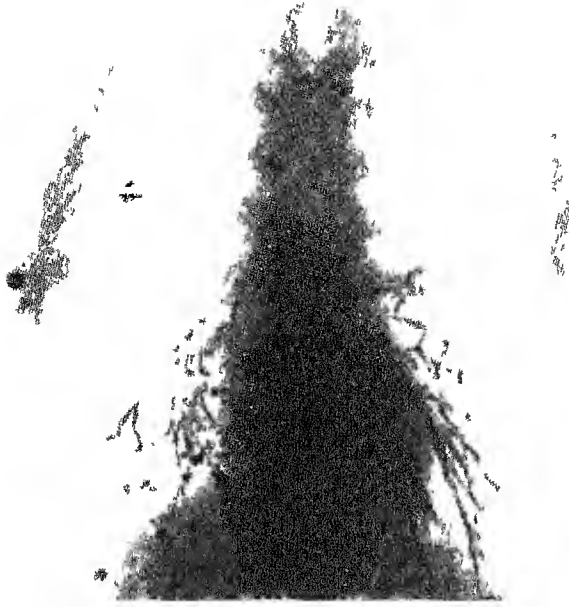
مکمل ہر کسی بڑے شعبی آنیوبہ کا تدریج ترقی کردہ اور مسلسل تسدد، اس سے نکلنے والے نسبتہ چھوٹے شعبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ انورسے ہو کسی شعبہ کو دباتے ہوں، سرطان جو اسے دبا لے یا اس کے اندر بڑھ جائے، بہ نکلنے ضیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغرور جسم غریب، تمدد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمدد الشعب کا عام ترین سبب ایک اولی التهابی حالت ہے جیسے کہ شعبی التهاب، عرصہ دراز تک جاری رہا ہو، شعبی ذات الریہ، بالخصوص بچوں میں، اور کبھی کبھی لختی ذات الریہ۔ نیز ممکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظر انداز شدہ ویملات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمدد الشعب پیدا کر دے کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاید حالتوں میں تمدد الشعب کی حالت پیدا نشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دیرری انحطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاذ ہے۔

امراضیات۔ جزئی تسدد کی صورت میں، جب اس کے آگے کے آنیوبات متمدد ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ہستی حرکات زفری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں جس سے ہوا اندر چوس لی جاتی ہے اور پھر کامل طور پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی التهاب میں آنیوبات کے اندر کا افراز تسدد پیدا کرتا ہے اور

ساتھ ہی انہویات کی دیواریں الہتہاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ بآسانی تسع ہو جاتی ہیں۔ شدید شعبی ذات الریہ میں تمدد الشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے۔ حاد شعبی الہتہاب اور گرد شعبی عروق لمفائیہ کا الہتہاب (peribronchial lymphangitis) شعبی دیوار کا کمال اتلاف واقع کر دیتا ہے، جو ممکن ہے کہ متصلہ جوفیوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کہف بنادے، جو کہ انہویہ کا طویل تلف ہو جانے کی صورت میں اُستوائی اور انہویہ کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاجکی (saccular) ہوتا ہے۔ دوران اندمال میں کہف میں نوعمر لینی بافت کی استرکاری ہو جاتی ہے، اور پست کتب غلیظوں کا ایک نیا مرحلہ بن جاتا ہے۔ یہ تغیر معمولی اصابتوں میں متوسط اور چھوٹے انہویات میں واقع ہوتا ہے، اور جتنا بالائی نختوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں نختوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ کہفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شعبہ کی عضلی بافت یا گڑی کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے، ”شان نمائش“: ”honey comb“ (lung)۔ اکثر ایک چھوٹا شعبہ کہف کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح متفرج ہوتی ہے اگرچہ وہ عموماً چکنی ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات ان کہفوں کے ساتھ پیسپھروں میں وسیع لینی تغیرات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صفحہ ۱)۔

تمدد الشعب اکثر ایک شش تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شعبی تسدد جسم غریب، یا حادثات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو۔ اگر دونوں پیسپھرے ماؤف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے، یا ایک پیسپھرے اور دوسرے کی نسبت بہت زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔

علامات۔ متوسط اُستوائی اتساع کی اصابتوں میں جو شعبی الہتہاب یا نفاخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں۔ لیکن نسبت بڑے اتساعات میں اور تاجکی قسم (saccular variety) میں، تمدد الشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کہفوں سے نکلنے والا افراز اور شش کے بڑے حصوں کی لیمیت (fibrosis) اور کھنکھ (cavitation) متعین علامات اور طبیعی



الف تمد الشعب - پاجکی قسم، پناڈال بھرنے کے بعد۔



ب۔ تمد الشعب تھلنا (انگشت رستہ کی) قسم کا۔ (شعاع نداشتیں سرسبز سے لاک نے لی ہیں)

امالات پیدا کر دیتے ہیں۔

مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں، وہ عموماً بخار سے معرا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُسے بھر کھا نسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجو ہو۔ جب ریوی دوران خون میں زیادہ مزاحمت ہوتی ہے تو دایس قلب کا فشل (failure) پاؤں کا اڈیما، کلائی جگر اور البیومن بولیت پیدا کر دے گا۔

بُئاق (sputum) یا تو (۱) ریوی اور بے ہوا یا (۲) مخاطی ریوی یا (۳) مُشبن شعبی التهاب (foetid bronchitis) کے بُئاق کی طرح بدبودار مخاطی ریوی اور جھکار ہوتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تاجکی کفنے ہوں تو بُئاق ایک مخصوص و مہینہ طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افراز کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ دو یا تین گھنٹوں) تک کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر متعاً انبوبات میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اُس کی مقدار کی وجہ سے یا مریض کے نقل و حرکت کرنے یا بہتر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے افراز ایک ہم پلو نعتہ تندرست ترانوبہ کے اندر بہکر چلا جاتا ہے جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے اور مخاطی ریوی افراز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدّم (haemoptysis) بار بار اور متوسط طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔

خشک تمدد الشعب۔ یہ ایک عام قسم ہے جو کہ لپ آیو ڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شعبی ذات الریہ جو خصوصاً گھسرا اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا، سابقہ سرگزشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات کھانسی اور ایکے ساتھ ذرا سببہ بو بُئاق اور نفث الدّم ہوتے ہیں۔ قاعدی گمک کی کمی، کمزور تنفسی آوازیں اور لخطات موجود ہوتے ہیں۔ یا عموماً گرز شکلی بالکل نہیں پائی جاتی۔ خطرات وافر نفث الدّم یا ترمدد الشعب کی تنویابی میں (۱۱)۔

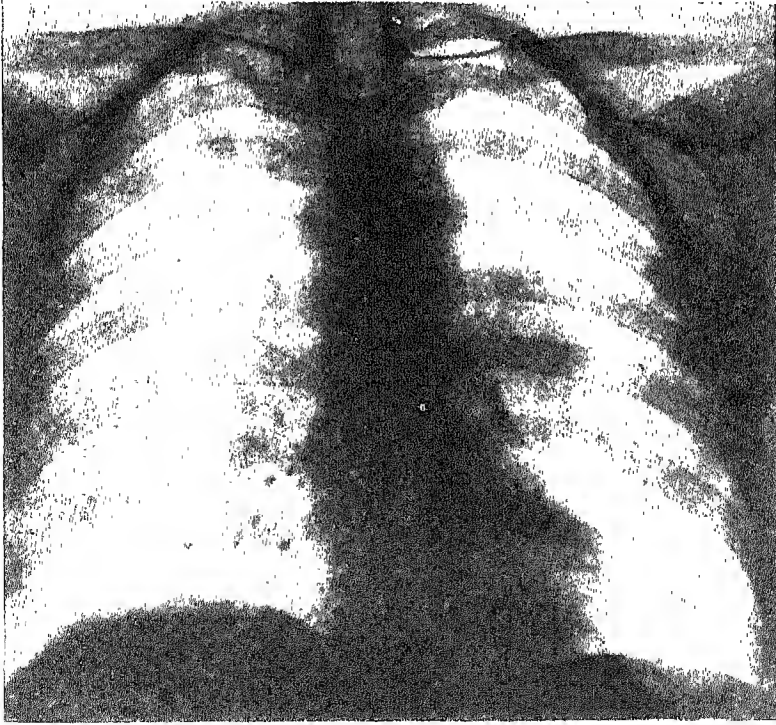
طبعی امارات۔ یہ اتصالات کی نوعیت و جسامت، شش کے اندامی توریخ اور بیج میں شامل ہونوالش کے تجدد (consolidation) یا لپیت (fibrosis) کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک قاعدہ کے بڑے

حصہ میں بلکہ سینہ کی ایک پوری جانب میں موٹے (coarse) چرچرائے والے (creaking) اور چٹخنے والے (crackling) لغطات (râles) پائے جاتے ہیں جو تنفسی خریک کو پوشیدہ کر دیتے ہیں، لیکن کوئی احمیت (dulness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔ دوسری اصابتوں میں اس کے علاوہ گنگ کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا ہے جہاں شعبی تنفس یا قدرتی تنفس (amphoric breathing) اور اس کے ساتھ شعبی صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) سنائی دیتے ہیں، اور ایک ایسے کہنے کے جو کیفیت شدہ بافت سے ٹھکڑ ہو دوسرے نفاذ تر علامات موجود ہوتے ہیں (صفحہ 127)۔ جب کہنفہ افزا سے لبریز ہوتا ہے، تو گنگ کی کمی (impairment) اور گھٹے ہوئے اصوات تنفس موجود ہوتے ہیں، لیکن لغطات (râles) اور شعبی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں یہ حالت مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) واقع ہو جاتی ہے، قلب اقمی رخ میں مرضی شش کی طرف کھینچ آتا ہے، اور مقابل کا شش تبویضی طور پر بقاءخی (compensatorily emphysematous) ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ کہنف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت، لپاٹ ڈال (lipiodol) کے اشرب کے بعد لاشعاع سے متعین کی جاسکتی ہے۔ رافادہ جلد وغیرہ کو ایک فی صدی نووکین (novocaine) حلقی درقی جھلی (cricothyroid membrane) تک مشرب کر کے عذیم الحس کر لیا جاتا ہے۔ مریض کو سیدھا بیٹھا ہوا رکھ کر ۲۰ فی صدی کوکین (cocaine) (ڈالونڈ) اس جھلی کے پار قبضہ الریہ کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص خمیدہ منبرل اور تنو لچہ (trocar and cannula) اس جھلی میں سے ہو کر قبضہ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا یقین کرنے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے قنولچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جاسکتی ہے۔ لپاٹ ڈال کو جسے ۱-۲ جہ فارن ہسٹنگ گرم کر لیا گیا ہو (۳۰ تا ۴۰) مگنٹ سنٹی میٹر ایک بالغ کے لئے اور ۳ مگنٹ سنٹی میٹر بچہ کے لئے گرم کی ہوئی عقیم پیکاری کے اندر کھینچ قنولچہ کی راہ سے مشرب کر دیا جاتا ہے، اور پھر مریض مشتبہ ہلوپر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع نگاشت (radiogram) انتہائی وضع میں لی جاتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحہ ۱ اور ۲ الف



الف۔ طبی سینہ پیمانڈال کے بعد۔ (شعاع نگاشت ڈاکٹر ایف۔ جی۔ چانڈلر اور سر جے۔ وی سپارکس، وکٹوریہ پارک
چسٹ ہسپتال، نئی دہلی)



ب۔ شعبہ کارسلطان۔ اس کا مقابلہ صفحہ ۵ صفحہ 159 سے کرو۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈ سے لاک نئی دہلی)

جو طبعی حالت ظاہر کرتی ہیں۔ اگر لیاڈال کھانسی کے ذریعہ نکل کر اوپر آجائے تو اسے نکلنا نہیں چاہئے۔ بالغ میں لیاڈال کو ایک بچکاری اور قناطر کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (12) یا کوکین لگا کر ایک انفی قناطر کے ذریعہ براہ راست جھڑھ میں ڈالا جاسکتا ہے۔ شعبہ بینی جیسی کہ کشش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے، تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے۔

مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار باقی کے اندرونی حصے کی عدم موجودگی پر کسی پیش رو سرایت مثلاً ذات الریہ کی سرگزشت پر اور کھجف (cavitation) کی جائے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت مشاذ طور پر راسی ہوتی ہے۔ ایک قاعدی تمد و الشعب کو ایسے ڈبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو۔ ممکن ہے کہ سرگزشت مرض سے مدوٹے اور نفث الدم سے تمد و الشعب کی تائید ہوتی ہے۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیپ مل سکتی ہے۔

انذار۔ بمقابلہ سل ریوی یہ بہتر ہے۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے۔ لیکن وہ ایسی خطرناک پیچیدگیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریہ خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicæmia)، دماغی خراج (cerebral abscess) اور دوسرے مقامات پر سُروجی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع۔

علاج۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے۔ اس غرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور لکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اس کے پلنگ کی پانسی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے۔ ابتدائی میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے، اور پھر اس مدت کو تدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے۔ مریض کے سرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فائبر شکل (wedge-shaped) ٹکیہ استعمال کر سکتے ہیں۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج)۔ اس سے

بہت بڑا واقعہ ہوتا ہے، تاہم چونکہ انبوبات میں ساختی تغیر واقع ہو چکا ہوتا ہے، لہذا مریض کو بعد میں اشتدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شعبات کے دفع عفونت (antisepsis) کے لئے روغن نارین کے ۵ قطرے تک دن میں تین بار براہ درہن دے سکتے ہیں۔ دافعات عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو الہتباب شعبات : bronchitis) کے استنشقات مفید ہیں، جن میں کریا سوٹ (crensote) کے بخار کا استنشاق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوشک (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لانا چاہئے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: ایک انفرادی بڑے کھنکے کی جراحی میلٹ (surgical drainage) کہ جو براقتادہ پیلیوں کے استیصال جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصال جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصب قلبی کا قلع (phrenic avulsion) اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) جس کے بعد ایک قمو لچہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھر دیا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گامینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ چھ مہینے تک بلا جذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی لختہ کا استیصال (excision) (لختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریبی طور پر واقع ہے۔ اُن پیلیوں کا استیصال جزئی جو شش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ ہبوط (collapse) واقع ہو سکے۔

حمۃ القش (HAY FEVER) - دمہ (ASTHMA)

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلت ہے، جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لکین اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متاثر کرتی ہے، اور شعبی نطام عضلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ دمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے، تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شبات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شبات اور شش کے جو فیروں کے درمیان تباؤ ہو، اس میں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا رکاوٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں، لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مخطط عضلہ کی تمثیل سے استدلال کرتے ہوئے، ہم قیاس کر سکتے ہیں کہ شعبی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کسب قدر منقبض ہوتا ہے، دم کی حالت میں ایک وقت میں نشی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے اور دوسرے وقت میں اس میں تندرے دار انقباضات اور ارتخاآت (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غنائے مخاطی کا آذیم یا امتلا بھی تندرہ پیدا کر دینے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دم کی اصطلاح اکثر ایک علامت یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome) ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف علامات سے پیدا ہو سکتا ہے۔

حالت حساسیت (allergic state) - حمۃ القش اور دم اکثر ایک ہی
قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں :-
سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhoea) (عرق حر کی التهاب الانف = vasomotor rhinitis) - وعلیٰ عصبانی اڈیما (angeio-neurotic oedema) -
دوری استنفائے مفصلی (paroxysmal hydrarthrosis) - شری (urticaria) -
ایکزیما (eczema)، خارش (pruritus)، اور حکاک (prurigo) کی بعض قسمیں۔
بعض معدی معانی اختلالات - شقیقہ (migraine) اور صرع (epilepsy) کی چسبہ
اصابتیں اس گروہ کے افراد کو مجموعی طور پر سخی خود در و عارضات (toxic
iodiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جامعیت بند
کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، یہ
خارجی پروٹین ایک زہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہو جاتا
ہے۔ یہ مشابہ ہے اس اثر کے جو مصل کا اشتراک ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے
پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں باتیں

در اصل ایک ہی نوعیت کی یعنی استہلاکی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ 15 کہ جہاں پرائٹز کسٹنر (Praunitz-Küstner) کا تعامل بھی بیان کیا گیا ہے] لیکن خالص اور سادہ استہلاف (anaphylaxis) کے متعلق یہ ایک صاف بات ہے کہ استہلافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے اینٹی جن (antigen) کا ایک حساس گرا بتدائی اشرا ب ہمیشہ ضروری ہوتا ہے، در انحالیکہ فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساس گری (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں اینٹی جن (جسکی بالکل تھوڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو۔ مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی الہتہاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر مضمن شدہ پروٹین، مثلاً انڈے کا پروٹین، معوی خطہ سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس شے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی اھابتوں میں معدی مضمن اور نتیجہ پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پروٹین (proteoses) غذائی خطہ سے براہ راست مضمن ہو جاتے ہیں اور اسوقت جگر ان پراس طرح عمل نہیں کر سکتا جیسا کہ اسے کرنا چاہئے (پروٹین پکشی : protopexic فعل کا شغل) اور وہ عام دوران خون کے اندر داخل ہو کر استہلاف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ اس میں شک نہیں کہ پروٹینی خراش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز عصبی علامات اور روشنی کی حساس گری بلکہ ادویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً ذمہ کے ہر فی صدی مریض ایسپرین (aspirin) کے لئے آہستہ آہستہ حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں اور ان لوگوں میں ایسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیلیسیک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں سمی خورد و عارضات (toxic idiopathies) کا ایک قوی موردی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے حساسیتی مرض ظاہر

کر سکتے ہیں اور حقیقتہً ان میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔

استہداف کے باب میں مبتلا یا گیا تھا کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) جسمانی بافتوں کے اندر اینٹی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل (interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے پروٹینی سالمات کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت دلچسپ ہے کہ حساسیتی امراض (allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes) دریافت ہوئے ہیں جو اس نظریہ کے مؤید ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر پروٹینوز کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر استہدافی صدمہ ہوتا ہے اور یہ پروٹینی تفرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14) اس حملہ کے دوران میں کبدی قلت (liver deficiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ خون ایک مثبت بالواسطہ وانٹن بڑی تعامل (positive indirect van den Bergh reaction) خون میں دیتا ہے اور دموئی شکر (blood sugar) پست لیول پر ہوتی ہے (45) اور ساتھ ہی ایک ”خون شکن حرجہ“ (haemoclastic crisis) ہوتا ہے، جو خون کے دباؤ کی تخفیف، قلت خلیات ابیض (leucopenia)، غصہ تہید کی تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمایندے (refractive index) کی تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں امینو ایسڈ، یورک ایسڈ اور کریٹینین (creatinine) کے اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں، اور قارورے میں ان اجرام کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ بدست تر شئی ہو جاتا ہے۔ کلورائیڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے، لیکن سرخ جسامت میں کلورائیڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں ایک ”پروٹینوز“ ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512) جو مریض پر آزمائے سے (ملاحظہ ہو آگے کا مضمون) ایک نوعی ”جلدی تعامل“ (skin reaction) پیدا کرتا ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شہومات (inhalents) سے محفوظ پروٹینوں کے لئے حساس ہے، ۵۰ فی صدی میں مثبت نتسارچ پائے جاتے ہیں، لیکن باقی ربوی مریضوں میں صرف ۵۰ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاذ و نادر ہی اپنے پروٹینوز

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، گو کہ ۳۲ فی صدی آدمی ربوئی پروٹینوز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں جو کہ واضح طور پر پی پی (۴۷) حملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں اورار (diuresis) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قارورہ فی الحقیقۃ قلوئی ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ استہدانی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے، وہ آمینو آئیڈ کے بہت سے نسبتہ چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے، اور یہ بافتوں کا دلوچی باؤ (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ ان کی تسامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ یہ شری (urticaria) اور عروقی عصبانی اڈیما (angio-neurotic cedema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آزاد آمینو گروہوں کی تعدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تعدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائیڈ کا احتباس ہو جائے گا بلکہ حیسات بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے۔

حمۃ القش منی جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھاس کا زیرہ (pollen) جو اس کا ستمی عامل ہے اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ حمۃ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن اس ملک میں گھاس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے۔ گرمیاں یہ برفراط ہوتا ہے اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ امریکہ میں بعض مکسانریٹھی (Compositae) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے۔ زیرہ طبعی طور پر استثنائک کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے۔ اگر مریض اسے تجربہ نگل لے تو یہ سودہ منہم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے۔

دملہ (asthma)۔ سمی خود روعارضہ (toxic idiopathy) کی ایک

دوسری قسم حیوانی دے ہیں۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی حساسیت رکھتا ہے، اور اگر گھوڑے قرب وجوار میں ہوں تو اسے دمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

یا بلکہ اگر وہ سائیسوں کی صحبت میں ہو تو بھی اُسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوٹے کے گوشت کے کلمے (sausages) کھانے کے بعد معدی معوی حملے ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ ”بی“ دمہ (cat asthma) مشہور چیز ہے۔ اور بھڑوں، گالیوں، سُوروں، خرگوشوں، بکریوں، اور پرندوں کے پروں کی حساسیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی تکیہ برسوں سے دمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ عنثہ جات (mites) سے سرایت زدہ غلہ جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے وہ پیدا کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا قسمی خود رو عارضہ (toxic idiosyncrasy) غذائی اشیاء کی حساسیت ہے اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شے کھانے سے دمہ یا معدی معوی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذاؤں کے پروٹینوں کی تطہیم سے کیا جاسکتا ہے۔ اناجوں (cereals) جیسے کہ گہوں، مکئی، جانول، رائی، جو یا اجی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ انڈین آٹو، کیسین (casein)، جھنکا، مچھلی (lobster)، کستور، مچھلی (oyster) اور مختلف قسم کی مچھلی، مختلف قسم کے گوشت، پالک (spinach)، اسٹرا بری سیب، اور دوسرے نباتات اور پھل، ان سب سے مختلف اصابتوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔ حساسیتی مریضوں میں ”جلدی تعاملات“ کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اُس پر NaOH کے 10/1 یا 20/1 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی تھوڑی مقدار بصورت سفوف لگا کر اس سیال میں حل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) ۱/۲ انچ لمبا دیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شمری دوڑے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف سینٹی میٹر اور ایک منطقہ احمرار سے بگھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم واضح نتائج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ تیسبی عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلاشبہ بالکل منفی ہونا چاہئے۔ (۲) دروں جلدی انٹراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلوب جھول کی ۵۔ ۱۰ سی۔ سی مقدار ایک نہایت باریک سوئی سے جو جلد سے تقریباً متوازی پکڑ رکھی جاتی ہے، جلد کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ مائع کا ایک چھوٹا بٹن دکھائی دینا چاہیے، اور طبعی مالح کے ذریعہ ایک عیاری اثراب عمل میں لانا چاہئے۔ پیش بازو کا اگلا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے۔ ایک الہیانی بالیزہ مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ان دونوں میں سے دروں جلدی تعامل نسبتہ حساس تر ہوتا ہے، اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف ہے لیکن انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں، غذائی اشیاء زیروں (pollens)] کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

زہریلی شے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے۔ یہ محمول الہوا (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھپھوندی (mould) ہو سکتی ہے۔ یہ اکثر دمہ کے مریض کے مکان کے گرد و غبار میں موجود ہوتی ہے۔ یہ کسی ایک مقام میں دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے۔ مثلاً ڈی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک فی صدی حصہ دمہ میں مبتلا ہے، اور جب یہ لوگ دریائے رٹاؤن کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے۔ اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کہ آلپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے ان کی وہ امنیت جو انہیں نسبتہ نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے، اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداءً ان کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں۔ آلپس میں حملوں سے ماہ مونیت اس وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد و غبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لاکر استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔

(15)

متعدد عاملات ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقت ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً اتنی غشائے مخاطی کی خراش، قبض، رچی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ سوہمضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، لبنی غذائیں، موشویہ (hair wash) میں کا سیسہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف نفسی حالتیں۔ حملے اس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے۔ مثلاً گلاب کے پھولوں کی حمایت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اس نے اصلی سمجھ لیا، اس کے برعکس شدید ہيجان سے حملہ بالکل رُک سکتا ہے۔ حملوں کے ہونے کا امکان اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تھکے ہوئے ہوں، یعنی دن کے اختتام پر۔

دمہ - ساری اور معکوس (asthma-infective & reflex) - دمہ کی

اس باتوں کا یہ گروہ جس میں اس ملک کے ربوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے، اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گو کہ دونوں میں کیقذرتخل موجود ہے۔ یہ دمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے۔

ممكن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حاد شعبی التهاب یا ذی است الریہ (pneumonia) ہو، جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا کھسرا میں ہوتا

ہے، یا ممکن ہے یہ دمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو۔ یہ دمہ (۱) ان اشیاء کی حمایت کے باعث ہے، جو پھیپھڑوں یا دوسرے مقامات میں

سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، یا (۲) محض معکوس خراش (reflex irritation) کے باعث ہے۔ (۱) بالغوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ

فریڈ لینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات، کاشت ہونے پر ہسٹامن (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں، اور یہ مادے

مقامی طور پر شعبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48)۔ ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے۔ (۲) معکوس دمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے، یہ بروڈی

(Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے، جنہ

متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غشائے مخاطی کی تہیج ایک معکوس شعبی تشنگی پیدا کرتی ہے۔ فی الحقیقت بعض اوقات انفی سعدانوں (nasal polypi) کے

استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد دمہ واقع ہو گیا ہے۔ اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام مغارہ فکی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے۔ سبطیج التهاب صفاتی (ethmoiditis)

انفی سعدانے (nasal polypi)، فاصلی انحراف (septal deviation)، سیور (ridges)، یا ہیمیز (spurs)، اور مقبول ہڈیوں کی بیش پردگی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہو سکتی ہے، اور یہ سب ہوائی راستہ میں مزاحمت پیدا کرتے اور سرایت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوز تین اور غدودہ ان اصابتوں کی بخوڑی تعداد میں ضروری حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگزشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل بلا شفاء ہو چکا ہے۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راستوں کی جستجو کے بغیر عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور امعاء دوسرے ممکنہ ذرائع سرایت ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دمہ کا وقوع ”سر میں زکام“ (colds in the head) کے ساتھ شروع ہوا اس کے ہمراہ پایا جائے اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مدافعت بظاہر کم ہو گئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا۔ ان کی حالت اکثر سرما کے ہینوں یا خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ اوآخر خزاں اور اوائل فصل بہار میں جب کہ موسم سب سے زیادہ متکون (capricious) ہوتا ہے، اور اس کے تغیرات ناگہانی اور اختلال آفریں ہوتے ہیں۔ ساری اور معکوس دمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں، وہ ماسق گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف پریوینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔

141

دمہ اور شعبی التهاب۔ دمہ شعبی التهاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جہاں کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، دمہ عموماً ایک اولی شعبی التهاب کے بعد ہوتا ہے۔ دویم جب کوئی مریض شعبی التهاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ دمہ بتدریج نمودار ہو جائے، ایسی صورت میں دمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی التهاب اپنے خراب ترین درجہ پر آگیا ہو اور جب شعبی التهاب بہتر ہو جائے تو دمہ بھی صاف ہو جاتا ہے۔ یہ حالت سربوی شعبی التهاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی ہرگز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ شعبی التهاب غشائے مخاطی کی عصبی منتہاؤں میں خراش پیدا کر کے، عضلات کا ایک مقامی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ دمہ سل ربوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

سویک تحقیقی حاسیتی دمہ کے متواتر خطے ثانوی مزمن شعبی التهاب پیدا کر سکتے ہیں، جیسا کہ بحث علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

محمر اشخاص میں سانس پھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے یا اگر گردے ماؤف ہو گئے ہوں جیسے کہ صلابت شریانی والے شہدہ (arteriosclerotic kidney) میں تو کلیوی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ ستم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات قسمی بولی دمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات - حمۃ القش میں حاد التهاب الانف (acute rhinitis) اور التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غٹائے مخاطی کا اذیسا سد مسخ (lachrymation) اور پھینکیں پائی جاتی ہیں اور پتلی جلد والے اشخاص میں احمرار (erythema)، اور شری مہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دمہ اور بنی اثرات ہو سکتے ہیں جیسے کہ سستی ذہنی انخفاض (mental depression)، چڑچڑاہٹ اور دبائے سر غالباً دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa) جس میں مریض کو دفعۃً ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دمہ - بعض اوقات تذبذب بھی علامات ہوتی ہیں جیسے کہ بے آرامی کا عام احساس غنودگی، جسمانی آنا (gaping)، ٹھٹھکی کے نیچے کھنچی، پھینکیں اور زکام یا پھپھکیے رنگ کا صاف پیاب زیادہ آنا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ ناگہانی طور پر اور علی الصبح دواؤں چار بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے اگرچہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت نظر بالکل اچھا ہو۔ مریض نہر (dyspnœa) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے، جسکی وجہ سے اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آ سکے۔ جلد ہی سانس لینے میں ایسی وقت ہو جاتی ہے کہ اسے تنفس کے تمام مہین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو گری کے بازوؤں کو تختہ آنتان (mantlepiece)

کو، یا میز کے کنارے کو کھڑا لیتا ہے تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گزرنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتدائی سینہ حالت شہیق (inspiration) میں تقریباً مثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے، اور استماع کرنے پر عملاً کوئی اموات تنفس نہیں سُنائی دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کی مقدار زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتے ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفیر (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سائیں سائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سُنائی دیتی ہے، لیکن بشرح تنفس سُست ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش گمکی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیقی خریر (inspiratory murmur) شکل سُنائی دیتا ہے، یا اُس کے ساتھ ایک کی قدر صغیری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفیر کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سُنائی دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اُس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں ٹکلی پڑتی ہیں، ملتھاتہ متل (suffused) یا سرخ ہو جاتے ہیں، اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہو کر خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تب نہیں ہوتی۔ کچھ عرصہ کے بعد، اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانا شروع کرتا ہے اور کیتھٹر پٹی، شفاف نچا کا نفث کرتا ہے، جس کے ساتھ پھوڑا خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر تنفس میں نسبتاً آسانی ہو جاتی ہے، زراق کم ہو جاتا ہے، بتدریج ساری تکلیف جاتی رہتی ہے، اور مریض کو نیند آ جاتی ہے۔

بُلاق (sputum) کے اندر اکثر استوائی یا بَدبی سرخلمہ کے علاوہ وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو مرغول جات کریشان (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زردی مائل ہنر یا رمادی ذرات ہیں جو مخاط کے دھانکوں سے بنتے ہیں۔ خردبین کے نیچے یہ بیج کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ ایوسین پسند سپید ظلیات ملے ہوتے ہیں، اور بیج میں ہمیشہ ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک تر شعبی انبوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی قلیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنی کعب قلیں جو کیلایسم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

(17) اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلمیں جن کو شمار کو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں جو کیلیئم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند پیدہ خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔

دمہ کا مَر دَورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر وقفوں کیساتھ اُن کا وقوع بہت کچھ اگلے اسباب محرکہ (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے، یعنی ایک محتاط مریض جو یہ جانتا ہے کہ اُن چیزوں سے جو دَورہ پیدا کرتی ہیں کیونکر محترز رہنا چاہئے، طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی مدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ خود گلے سٹاذ ہی مہلک ہوتے ہیں اور ایسے حکموں کا گاہے گاہے وقوع جو نہایت شدید نہوں مُضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر الوقوع دَورے شش کا نفاخ (emphysema) اور بالآخر اُس کے ساتھ شعبی التهاب پیدا کر دیتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش کبھی بہتہ ہو جاتا ہے جس کے ساتھ شانے گول، سینہ بر میل نما (barrel-shaped) اور تنفس بالجمہد (laboured) ہوتا ہے اور یہ حصائص وہ ہیں جو کہ خود دَوروں کی اُٹان میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اس سے عمر گھٹ جاتی ہے اور شعبی التهاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہو جانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص - حمۃ القش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ دمہ کی صورت میں اگر سرگدشت مرض تنفس کی نوعیت اور اُس کے حملہ کے آغاز کا بنور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب صد ری انورسما اور حنجری تسدو (laryngeal obstruction) میں بہر کے ناگہانی حملے دمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریائی حملے بھی اُس سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص خارجی پروین کی حساسیت رکھتا ہے، جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر مستعمل ہیں۔ ضد سمی مصل (antitoxic serum) کا اشرب کرنے سے پہلے ایسا امتحان لکھوئے کے

ورزش (exercise) کرنی چاہئے اور تعطیل کا فی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جو لندن اور بڑے شہروں میں دوروں سے مصون رہتے ہیں لیکن اگر وہ مہلک میں رہنے کی کوشش کریں تو انھیں فی الفور دورہ ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس دوسرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں جو صرف اضلاع میں رہ سکتے ہیں اور اگر شہروں میں رہیں تو انھیں دمر کے دورے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح سمندر کی ہوا بعضوں میں دورے پیدا کر دیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کر دیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات محض تجربہ کرنے سے معلوم ہو سکتے ہیں۔ عموماً مریض اونچی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور غور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور یہ آسانی ہضم ہونے والی ہونی چاہئے۔ شب کا کھانا بھاری نہ ہونا چاہئے۔ اور وقتاً فوقتاً خاص خاص غذاؤں، مثلاً پینر، مٹھائیوں، سور کے گوشت، بہر کو غذا سے خارج کر کے دیکھنا چاہئے کہ ان میں سے کوئی شے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکلی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں اُبلانا چاہئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں، مثلاً بیج کی غذا سے پرہیز کرنا چاہئے۔ جگر کے فعل میں مدد دینے کے لئے کیویا سکرہ کے ساتھ ایک اونس ڈیکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار تجویز کرنا چاہئے۔ جب مریض فریبہ ہو تو ایک قلیل الحارہ غذا (low calorie diet) کی ضرورت ہے۔ اگر یہ معلوم ہو جائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شے سے پرہیز کرنا لازم ہے یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت ربائی (desensitization) عمل میں لانی چاہئے۔ پروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیل کی روٹی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی تھخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبریکولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔ سی کے ہفتہ وار

تحت الجلدی اشتراب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے اشتراب آرمور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں، دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے ہفتہ میں دو بار عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۳۔۵ سی۔ سی۔ ہے، اور یہ بتدریج بقدر ۲۔۵ سی۔ سی۔ بڑھائی جاتی ہے، اور اتم مقدار خوراک ۲ یا ۵ سی۔ سی۔ ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پیدا کرتے کرتے ناکام رہ جائے، اور اشتراب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تیش کا امتحان کر کے دیکھنا چاہیے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات ہر کھانے سے ٹھیک پون گھنٹہ پہلے پیپٹون (۵۔۵ گرام) براہ ذہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے پروفیوٹیز جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں، تغیر پذیر کامیابی کے ساتھ آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقے بیان کئے جاسکتے ہیں جو شاید ایک عمومی تعامل پیدا کر کے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حسیست ربانی ہو جاتی ہے۔ سوئے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل، جس کی تیش ۹۸ درجے سے ۱۰۶ درجے فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو، ممکن ہے کہ شبانہ حملوں کو روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر ورا، بنفشی روشنی (ultra-violet light) کی ایک ”احمراری مقدار“ (erythema dose) یا لاشعاعوں میں تکشف اسی طرح سے عمل کر سکتا ہے (21)۔ ہائٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مرطوب کرہ ہوائی میں تکشف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصلہ لائف کو مکواۃ برقی سے آہستہ سے چھڑنے سے سطلے رک جاتے ہیں، اور یہ اس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سعادنے (polypi) ہوں اور انکماش صغیط و موی (systolic blood pressure) بلندی کی طرف مائل ہو (۱۲۰ تا ۱۶۰ ملی میٹر)۔ دومیں ناک کے سعادنوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں نہسیں نکالنا چاہئے (16)۔ ایسے ہو ابند کو شک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہے اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک کر لی گئی ہو، ترویج کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض چوبیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرہ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے، لہذا وہ

حلول سے مشہور رہتا ہے (22)۔ لاکر ارسینکس (liquor arsenicalis) فی خوراک ۵ قطرے (mm)، برومائڈز (bromides) اور بالخصوص پوٹاشیم آیوڈائیڈ روزانہ ۳۰ گرین تک کی خوراکوں میں یہ سب حلول کا آغاز روکنے کے لئے نہایت مفید ادویہ ہیں کیلومل (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے اسہال (لانا بھی مفید ہوتا ہے) اور سیلال (salol) اور دوسرے معوی دواجات (intestinal disinfectants) بھی استعمال کئے گئے ہیں۔

جب دمہ سرایت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہ علاج میسر ہیں۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسکین کے اس آمیزہ سے کرنا چاہئے جو صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے۔ بٹاق یا انفی افزات سے خود زود جذریں سات (autogenous vaccines) تیار کئے جاسکتے، یا ایک مذخورہ جدرین (stock vaccine) استعمال کی جاسکتی ہے۔ ان کے استعمال کا بہترین طریقہ دسروں جلدی (intracutaneous) ہے، اور مقامی تعامل کی مقدار سے مقدار خوراک کے متعلق رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک کرنا چاہئے۔

علاج - حمۃ القش کے لئے موریل مکینیری (Morell Mackenzie) آنکھوں اور ناک میں کوکین کے ہٹاؤ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش کرتا ہے۔ ناک کی عودت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسکین آلودہ ماروغن آلودہ شمعہ (bougie) رشاش کے برابر داخل کر کے پہلے دس منٹ کے لئے اور ازاں بعد بندریج بڑھتے ہوئے عربوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا ہے۔ ایڈرینین ہائڈروکلورائیڈ (adrenin hydrochloride) کے ... ۵ میں حصہ طاقت والے محلول کا ناک یا حلق میں رشاش کیا جاسکتا ہے۔ جہاں مزمن بیش پردی (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متورم غٹائے مخاطی پر کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانی کوآ (galvano-cautery) کا استعمال کرنا بہ سرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔

دمہ کا علاج روکنے کے لئے ایڈرینین ہائڈروکلورائیڈ (۱۰۰ میں حصہ) کے

۲۴ قطرول کا اشرب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۱۰ بلکہ ۵ ملی میٹر کا درپوش عضلی اشرب بھی کیا جاتا ہے۔ ۱۰۰۰ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenaline) کا شائبہ کہ جسم میں فی اوتس، انفیڈ گلمرین، ۰.۵ فی صدی کلورٹون اور ۲ قطرے سلفرکس ترشے (sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہوں ایک سہولت وہ طریقہ استعمال ہے۔ مرشہ کو ہاتھ یا پمپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے یا ایک استوانہ (cylinder) میں کی آکسیجن کو بطور قوت محرکہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی قطبیں (synthetic crystals) (املی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرائی جاسکتی ہیں۔ کیفین آیوڈائیڈ (caffeine iodide) (۱/۴ گریں)، یا پائراڈان (pyramidon) (۱/۴ گریں)، اور ایفیدرین (ephedrin) (۱/۴ گریں) براہ دہن لی جاسکتی ہے۔ آمائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) بھی عام طور پر سونگھی جاتی ہے یا صغیہ تیغ صحرائی (tr. lobeliae æth.) صغیہ جوزماثل (tr. stramoni)، صغیہ لفاح (tr. belladonnae)، کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) نائٹرائٹس (nitrites)، یا نائٹرو گلیسرین (nitroglycerine) کی اتم قرابادینی خوراکیں براہ دہن دی جاسکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ ہے کہ نائٹرائٹ کے محلول (nitre solution) میں سیر شدہ کاغذ کو خشک کر کے اور اُسے جلانے اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے یا جوزماثل (stramonium) کے کٹے ہوئے پتوں سے بنائے ہوئے سکرٹ پے جائیں یا جوزماثل کے دوسرے بجنہ است استعمال کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنی دھواں لینا باقاعدہ علاج کرنے کا ایک برا طریقہ ہے کیونکہ اُس سے شعبی غشائے مخاطی میں خراش پیدا ہو کر شعبی التهاب (bronchitis) نمودار ہو جاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجن خیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen) اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت (status asthmaticus) کو واقع ہونے سے روکا جا چکا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھا کر چند حملے روک دیئے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تیج)۔ اگر بہت شعبی التهاب ہو تو آکسیجن خیمہ بلا کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

بڑے شعبات کا تسدو

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، دو بڑے شعبات، قصۃ الریہ سے قرۃ ہی مخالفت رکھتے ہیں، اور جو کچھ قصۃ تسدو کے عنوان کے تحت کہا گیا ہے اس میں سے بہت کچھ یہاں مکرر بیان کیا جاسکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تسدو پیدا ہوتا ہے وہ ریویں سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی عدد کا نتیجہ ہوتا ہے جو نصیحت بالیدگی سے یا تجقن (caseation) اور قبیح (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ نسبتاً کم عام طور پر مری کا سرطانی سلسلہ (epithelioma of the oesophagus) صغیہ (gumma) بلکہ ایک شمع بایاں اذین بھی شعبہ کو بیاں سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ عراب اور طی کے انورسما سے بائیں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ بایاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نسبتاً بڑا ہوتا ہے، لہذا اجسام غریبہ بہ زیادہ اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شعبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حیدر خط وسطی سے کینقدر بائیں جانب کو ہوتا ہے، لہذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والے اشیاء اس کی دائیں شاخ کے اندر چلے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر و حکیل دسے جائیں اور اسی یا مقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تسدو کے بعد شش کے تناظر حصے اور اس شعبہ کے بعدئی تقسامات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شش مہبوط ہو جاتا ہے کیونکہ جب ہوا کا باہمی سبب اولہ تمام تر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریویں عروق جذب کر لیتے ہیں۔ آخر کار ریویں لفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سریع الوقوع کامل تسدو میں، جیسا کہ ایک جسم غریب کے انقراز (impaction) سے ہو جاتا ہے یہ مہبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے۔ لیکن جب یہ پچکاؤ بتدریج ہوتا ہے، جیسے کہ ایک انورسمائی ساچہ (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداءً ہوا سے شش کا انتفاخ ہوتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر و حکیل دیا جائے اور ڈائفرام نیچے کی طرف

ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈھیلا جسم غریب بھی، ایک گولہ گھسڑا صراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کر کے، ایسا ہی اثر پیدا کر دیتا ہے۔
 اس کا ایک اور اثر قتل دال الشعب (bronchiectasis) ہے جو دو یا تین
 کے عرصہ میں نمودار ہو سکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ (pea-nut) ہو تو بالکل
 جلد ہی نہایت خطرناک التهاب پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریب ذیل کی
 دیگر پیچیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ پھوڑے اور حارہ اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر
 (pneumothorax) یا قلعی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) اور طول المذ
 قائم شدہ اصابتوں میں قلعج الصدر (empyema) یا وافرغث الدم (hæmoptysis)
 (23) -

علامات اور طبیعی امارات۔ یہ تشدد کے درجہ اور اس کی پیدائش کی سرعت
 کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابل انوبہ اکثر غیر موقوف ہوتا ہے اور
 اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہذا وقوع ہلاکت سے پہلے شعبہ
 زیادہ کامل طور پر مدد ہوتا ہے اور قبضہ الریہ اتنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتداء سکون یا مشقت کی حالت میں بھر (dyspnœa) ہی ایک مستقل علامت
 ہوتی ہے، اور کبھی کبھی صرصرہ (stridor) اور خفیف نفث الدم ہوتے ہیں۔ لیکن
 دونوں بڑے شعبات میں سے کسی ایک کا تشدد اختناق (asphyxia) کے ویسے
 ہی دور سے پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ قصبی تشدد میں واقع ہوتے ہیں۔ تشدد الشعب
 نمودار ہو جانے پر کھانسی، بدبودار مذاق کا نفث اور حموی تعامل نمایاں علامات ہوتی ہیں۔

خاص طبیعی امارت حویصلی خرب (vesicular murmur) کی غیر موجودگی
 یا اس کی انتہائی کمزوری ہے، جو مقابل جانب پر بڑھے ہوئے اصوات تنفس کے
 مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے
 ایک ہی منفرہ طبیعی امارت ہو سکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گمک کامل طور پر طبعی ہو۔
 لیکن آن اصابتوں میں جن میں شش کا انتفاخ واقع ہو جاتا ہے، قرع کر سنے پر
 بیش گمک موجود ہوگی، اور ساتھ ہی یہ گمک قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہو کر قلب کی

ساتھ ایک پہل جو کہ کھانسنے اور تیل نکالنے کے کام آتی ہے (سٹینڈرڈ ڈکشنری - عبدالحق)۔

غیر وضیعت کا ثبوت موجود ہوگا جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہو جائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبت بہت جلد ہو اسکے جذب ہو جانے پر موقوف قاعدے پر اضمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہو سکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds) بولنے کے اصوات (voice sounds) لمسی ارتعاش اور قرعی گمگ تمام تر غائب ہوں۔ اگر تند الشب کے کہنے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجہ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دوسرے چھوٹے رقبہ پر قطبی قرعی سر کہنی تنفس (cavernous breathing) پچھنے والے (crackling) متغیر غر (gurgling) لفظات (râles) شبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ عمدہ گمگ کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اجتماع متناظر شعبہ کے تشدد کی نہایت مخصوص و مبینہ علامت ہے۔ جب تشدد کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی التهاب کا گمان ہو سکتا ہے۔ مندرجہ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) منتقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطہ تشدد سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی التهاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلند (loudness) و درجہ ارتفاع (pitch) اور مقام وقوع میں ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔ شعبہ کے ایسے پچکاؤں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، بیش گمگ کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعاع نگاشت (radiogram) سے پچکاؤ کی حالت میں انورسما کی موجودگی یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب باز کشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

لیکن اس کے برعکس جب ضیق (stenosis) شش کا کم و بیش بہت کم (collapse) پیدا کر دیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہئے، تو طبیعی امارات ان علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزو جذب شدہ پھیپھڑائی انصباب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں، اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی پیکاری (exploring syringe) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ جہاں اجسام غریبہ کا سوال ہو تو بلاشبہ سرگزشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنا چاہئے۔ بہت سے اجسام غریبہ لاشعاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب مابتوں میں ششیں بدین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہئے۔ انداز۔ اس کا انحصار تشدد کی نوعیت اور انتہائی تعامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش میں کسی جسم غریب کی انتہائی برداشت پیدا ہو جائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی مابتیں موافق تمدد و الشب اور لیفیت شش کے ساتھ چھتیس سال تک قائم رہی ہیں (23)۔ علاج۔ قصبہ کے تمدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

ششوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (em، بمعنی اندر اور physis بمعنی ہوا) بجا طور پر ہوا کی اعلیٰ و عابداری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو کہ تحت الجلدی اور دوسری بافتوں کے اندر (جراحی نفاخ = surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین لٹکی یا بین خلائی بافت کے اندر (بین خلائی نفاخ = interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض شش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے، تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظاً ہی جاتی ہے۔ شش کے جو فیروں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر شش ہو جاتے ہیں، اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ ان میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (حویلی نفاخ = vesicular emphysema) کا نام بجا ہو سکتا ہے۔ تاہم جو فیروں میں تمدد (alveolar ectasis) کا نام جویش کیا گیا ہے، نسبتاً زیادہ صحیح ہے۔

بحث اسباب اور امراضیات - نفاخ کی پیدائش میں کئی علامات

حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے

کے فعل سے ذرا پہلے بند مزمار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسد میں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا

146

ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ شش کی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے (۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا شہیق (inspiration) لیا جاتا ہے جس سے

جو فیزوں کا انتفاخ ہو جاتا ہے، ان کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عروق شریہ تنگ ہو جاتے ہیں اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسد میں مداخلت ہوتی

ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دوران شہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دوران زفير (expiration) میں بروئے کار

لائی جاتی ہے، کیونکہ آخر الذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی لچکدار بازگشت (elastic recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعبات افزا سے جزئی طور پر مدد و دہوں تو باوجود

اس تسدو کے دوران شہیق میں ہوا جو فیزوں کے اندر کھینچی ہو سکتی ہے لیکن دوران زفير میں پھر ان سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیزے مستقلاً منتفخ

ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں تسدو شعبی عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ تسدو ایک مصراع کے طور پر عمل

کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آئے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴) نجبال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنی کانچ پھونکنے والوں (glass-blowers) پھونک کر یا جا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول

رہتے ہیں، اور جنھیں یا تو ہوا کی ایک دھیمی منضبط رو کی رسد پہنچانے کے لئے یا بازوؤں کے استعمال کے لئے ایک سہما رہے کا نقطہ (point d'appui) مہیا کرنے

کے لئے اپنے سینے مسلسل پھلائے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جو فیزی دیواریں زیادہ طویل عرصہ تک تن کر کھینچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ

کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی لچکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہو جاتی ہے اور معمر اشخاص کا خورد شنشی نفاخ (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ مرض سکڑ جاتا یا الٹہابی حاصلات یا نو مایہ سے درریختہ (infiltrated) ہو جاتا ہے، تو وہ دولا شہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب و جوار کے جو فیروں کا پھیلاؤ زیادہ ہو جانا چاہئے تاکہ خالی جگہ پر ہو جائے۔ اسے تعویضی نفاخ (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جو فیروں کے درمیانی فاصلہ آند بول (atrophied) ہو جاتے ہیں۔ جلد ہی فاصلہ آندے آر پار ایک انشعاب قائم ہو جاتا ہے۔ پھر پورا فاصلہ تلف ہو کر دونوں جو فیروں کے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف لچکدار بافت، بلکہ ریلوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصلہ میں موجود ہوتا ہے، غائب ہو جاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول و عرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ ہوائی فضا میں بہت بڑی ہو جاتی ہیں، اور بہت سے مقامات پر شش بافت کے بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دویم شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہو جاتی ہے۔ سویم، وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چہارم، بیشتر اصابتوں میں پھیپھڑے بجائے خود بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جماعت کی زیادتی کے علاوہ سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہو جاتا ہے اور وہی شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل شہیق (inspiration) کیلئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیری (mobility) بہت کم ہو جاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل شہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض شہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہمی تبادلہ کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں CO_2 کے دباؤ کے لئے جو قیمتیں پائی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں۔

در حقیقت CO_2 کی ترشہ و موییت (acidæmia) موجود ہوتی ہے، جو شدید ہریدہ کر دیتی ہے۔ شریانی خون کی آکسیجن سے سیر شدگی بھی ممکن ہے مہمول کی نسبت کم ہو (۶)۔ عام طور پر قلووی محفوظ میں زیادتی ہو جاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے احتباس کی تلافی کر دیتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں مشعری رقبہ کا ضائع ہو جانا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تبدیلی پیدا ہو جاتا ہے۔ شریان ریوی اور دائیں بطن میں تناؤ بڑھ جاتا ہے، دایاں بطن بیش پروردہ (hypertrophied) ہو جاتا ہے اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا اتساع (dilatation) ہو جاتا ہے لہذا اوریدی نظام محتقن (engorged) ہو جانے سے جگر کی کلانی اور امتلاء، باؤں ٹانگوں اور دھڑ کا ہتھکڑ اور الیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ مہمراشخاص میں قلب کا چپ جانبی (left-sided) اتساع اور ساتھ ہی عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged)

emphysema سے ماؤف ہوا امتحان بعد الموت کے وقت سینہ کھولنے پر پھلتا نہیں، بلکہ روزن کے اندر سے باہر ابھر آتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے لچک ہوتا ہے، اور انگلی سے دبائے پر دب جاتا ہے ”تفت“ (pitting)۔ اس کے مختلف حصوں میں اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں مٹریا ساری کے برابر بڑے چھالے نظر آسکتے ہیں، اور یہ شش غیر معمولی طور پر بھیکے رنگ کا اور خون سے معرّا اور دھبے دار (mottled) رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ تراشے پر بڑے چھالے پھک جاتے ہیں۔ اور سارا عضو مہمول کی نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے، باستثناء بعض حصوں کے جیسے کہ قاعدے، جہاں ممکن ہے کہ پیچیدگی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التہاب یا اذیمارہ چکے ہوں۔

147

ایک دوسری قسم (نرد ششی نفاخ = small-lunged emphysema)

مہمراشخاص میں ایک شیخونجی (senile) ذبولی تغیر کے طور پر واقع ہوتی ہے،

اس میں شش بڑا نہیں ہوتا، اور چھالوں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی۔ خاصا صلابت مذبول ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیزے باہر ہم متحد ہو جاتے ہیں اور شش سکڑا ہوا بے لچک خشک اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے اور معمول کے نسبت کم کامل استفہی ساخت پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسین، اگلے حاشیوں اور زیرین کوروں میں نفاخ کا نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ ہونا جینر (Jenner) کی رائے کے مطابق جب ذیل توجیہ رکھتا ہے:۔ جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت جموں ہوتی ہو جیسا کہ کھانسنے وقت یا کوئی بڑی عضلی مشقت کرتے وقت تو اندر سے ہوا کے دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھر آئیں گے جنہیں گرد و پیش کی بافتوں کا بہارا ب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ نفاخ کے علامات ابتداً صرف سانس کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں، ساتھ موجود رہنے والے شعبی التهاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بھر (dyspnoea) ابتدائی درجوں میں بالخصوص مشقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتی ہے اور مریض بائینے لگتا ہے۔ ازاں بعد بھر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے اور رات کے وقت انتصاتی نفث (orthopnoea) پیدا کر دیتا ہے۔ بھر کی بدترین شکلوں میں تنفس کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اوپر اٹھی ہوتی ہیں اور قصبی حلی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الاصلع عضلات (scaleni) ہر شہق کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، با مشقت (laboured) اور عضلات شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات حمیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا، سامنے سے پیچھے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلائی کی وجہ سے اور اس وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی اسے عرضاً بیضوی کے نسبت زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیچھے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلاتا ہے۔ شانے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پسیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دور ہوتی ہیں۔ اور شرا سیفی زاویہ نہایت منفرج (obtuse) ہوتا ہے اور اس کا ناپ ۱۰-۵ اور چار اُند ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتفاع بھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ بھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر اور صدم القلب چھٹی فضا میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گمکی ہوتے ہیں ان پر قوع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گمک حاصل ہوتی ہے اور جو رقبہ معمولاً اضم (dull) ہوتے ہیں ان پر گمک کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصبیت میں مداخلت ہو جاتی ہے اور وایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضا یا ساتویں پسلی تک گمکی ہوتا ہے اور قلب کی اوپری اصبیت (superficial heart dullness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے یا بشکل سنائی دیتے ہیں لیکن ممکن ہو کہ جب ہمزماں شبھی شنج ہو تو زیری خریر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے اور خرخرات (rhonchi) بھی سنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کلائی دوسرے اعضاء سے متعلق امارات کو بھی متاثر کر دیتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضا میں غیر محسوس ہو، اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خرد ششی نفاخ میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدور ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے اور قلب بیش پروردہ نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قریعی ممر (percussion note) بیش گمکی ہوتا ہے اور شقیقی خریر کمزور ہوتا ہے لیکن زیری لمبا نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شبھی الہتاب کے خرخرات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں اذیمیا کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لعلٹا (rales) ہوتے ہیں اور ساتھ ہی گھٹی ہوئی گمک پائی جاتی ہے۔

پیچیدہ گئیاں۔ مزمن شعبی التهاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعب ہو یا نہ ہو۔ معمر اشخاص میں عموماً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عام آذیما بھی ہو۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جس کے ہمراہ شینوخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 255 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے۔ تشخیص۔ نفاخ کی شناخت کا انحصار گمک کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے

148

اور بالخصوص گمک کی اُس توسیع پر جو پیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور نیچے کی طرف جگر پر ہو جاتی ہے۔ خرد ششیں قسم میں گمک کی متغیر نوعیت اور پھر خاص مظاہر ہوتے ہیں۔ رانجی شعاعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی بہ نسبت پھیپھڑوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ اور ڈالفرام کا محل وقوع نسبتہ نیچے اور اس کے حرکات نسبتہ وسیع ہیں۔

انذار۔ حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی، صرف علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ زندگی کی مدت کا انحصار تغیر کی وسعت، شعبی التهاب کے امکان اور عضلہ قلب کی حالت پر ہوتا ہے۔ بیشتر امایوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا منشاء یہ ہونا چاہئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کی جائے شعبی التهاب کی پیچیدگیوں کو تمام خطرات سے احتراز کیا جائے اور جب یہ واقع ہو جائیں تو ان میں تخفیف کی جائے۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور مبہم پذیر غذا دی جائے، اس کے ملبوسات مناسب ہوں، وہ گرم عمدہ ترویج دار کمروں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شبانہ ہوائے پر ہیز کرے۔ مقویات جیسے کہ کاکٹولیورائیل (روغن جگر ماری)، لوہا، اسٹریکینیا (strychnia) اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں۔ ضائع شدہ ٹیگمڈار بافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں۔ مثلاً گرہارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سینہ کا میکافانی پچکاؤ عمل میں

لا کر زفير (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعبی التهاب کا علاج کرنا چاہیے۔ پچکائی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج، جیسا کہ برآمدن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے، شہیق میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے ارتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے اور یہ نفاخ میں مقید پایا گیا ہے خاص کر اس وقت جب کہ التهاب شعبی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

ششوں کا ہبوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(عدم قلمد الریه: Atelectasis Pulmonum)

اُن پھیپھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم قلمد = atelectasis) اور اُن پھیپھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جھنکی حالت میں آگئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم قلمد (atelectasis) پیدا ہونے کی وجہ اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پھیپھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہفہ صدر کی ہوتی ہے، اور اس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبسری احوال کے لئے کوئی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی جیسی کہ مابعد زندگی میں ہوتی ہے، جب کہ پھیپھڑے کہفہ صدر کی نسبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ہبوط (collapse) ایک الکسانی حالت ہے، جو پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ نہ ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ امور ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے: — (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں تسد واقع ہونا، (۲) شش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایا فرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایا فرا می عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) تسلسل اس طرح پیدا ہو سکتا ہے۔ لوزتین کی مزمن کلانی، اور انفی بلعوم (nasopharynx) میں غدودہ کی بالیدگی سے اور نسبت بہت زیادہ اکثر شعبی التهاب کے لزج، مخاطی یا یریمی افراز سے، بالخصوص بچوں میں اور شعبی ذات الرتہ کے ایک جزو کے طور پر، اور زیادہ معمر اشخاص میں شعبہ کے اس تضیق سے جو نوامیہ (neoplasm) کے باعث یا انورسما سے یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں۔ بخود سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورائی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانی قلب، گرد قلبی انصباب، واسطی سلمات، اور طلی کے انورسماؤں اور ریڑھ کے زاویائی انحناء (angular curvature) (تسمی التواء = kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ شکم میں جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلمات، بالخصوص کیسات (hydatids) خراج اور نوامیہ تحت ڈانفرامی خراجات، لٹھال کے کیسیہ، استقانی زقی سیال، اور بیضی سلمات کے دباؤ کے باعث ہو سکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کھلی ہبوط (massive collapse) واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کہفہ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمومیت (hæmothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کھلی ہبوط کا حادثہ شکی حالتوں کے ثبوت کے بعد واقع ہونا ناشائستہ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر تبقہ ریویہ قسم چہام کے ذریعہ پیدائشہ التهابی حاصلات شعبی انوبات کو مدد و کردیتے ہیں (49)۔ اور اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا جو فیروزوں میں سے جذب ہو جاتی ہے، اور ہبوط رونما ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ ایک ہبوطی حالت یا عدم تمل (atelectasis) والاشش

بنفشی یا سیاہ ارغوانی رماوی رنگ کا ہوتا ہے، اور تراشنے پر وہ لچدار، بے ہوا اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل چکٹیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی چھٹی نظر آتی ہیں۔ تاوقتیکہ بعد میں ان میں التهاب رونما نہ ہو گیا ہو اسے زور سے منتفخ کر سنے پر یہ پھر پھیلائی جاسکتی ہیں۔

علامات - پیدائشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں بحسب کمزور اور کم و بیش کبود ہوتا ہے، اور اس کی سانس تیز اور اُٹھتی اور رونا کمزوری کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہر شہیق کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھینچ جاتا ہے، اور بین الاضلاع فضا میں اندر دھک جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر مکن ہے کہ قاعدوں پر گمک کی تھوڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لغطات (râles) ظاہر ہوں، لیکن خاص طبعی امارت اصوات تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے۔ شعبی التهاب کا بہوط شاذ ہی اتنا کافی و وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے، اور اس کی توزیع لختکی اور منتشر ہوتی ہے۔

جب بہوط زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبعی امارات سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ شش کے عارضی عدم استعمال سے ہوا ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو، یا طویل ظہری افتادگی (dorsal decubitus) سے ہو قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا بہوط پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کے ماؤف رقبہ پر استماع کرنے سے صوت تنفس نہایت کمزور ہوتی ہے۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خسبر (vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک تکتکات (fine crepitations) ہوتے ہیں جو ان ہوائی حویصلے کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو بہوط بہوط سے۔ شعبی تدد کے باعث واقع ہونے والے بہوط کے طبعی امارات ابھی بیان ہو چکے ہیں۔ سیال غیرہ سے پچکاؤ ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں :- صہیت (dulness)، گھٹا ہوا لمسی ارتعاش اور یا تو گھٹے ہوئے یا خفیف طور پر شعبی اصوات تنفس۔ کامل بہوط کی حالت میں طبعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں :- کامل صہیت (absolute dulness)، اصوات تنفس اور لمسی ارتعاش کی غیر موجودگی۔

اُس کُلی ہبوط (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوارِ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) کے ہمراہ پایا جائے، اِصمیتِ موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اصواتِ تنفس کم اور لمبی ارتعاشیں غیر موجود ہو، لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شعبی تنفسی اور بڑھا ہوا لمبی ارتعاش موجود ہو۔ دیوارِ سینہ باز کشیدہ، بین الاضلاع فضا میں اندر دبی ہوئی (depressed)، ڈالفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک، اور قلب ماؤف جانب کے طرف کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدرِ دمویٹ (haemothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ کہ دیوارِ سینہ باز کشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھنچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوارِ سینہ کا شل ہے، کیونکہ آخر الذکر اصابت میں یہ قائم رہتا ہے گو اسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدرِ دمویٹ کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ جراحی اعمال کے بعد کُلی ہبوط اُس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیعی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذاتِ الریہ کے طور پر تشخیص ہو جاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں :- بہر، لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ خفیف ہوتا ہے، زراق، اور بعض اوقات درد۔

علاج - آکسیجن، معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اس کے بغیر جو، صبح تنفس کے طور پر استعمال کی جاتی ہے کُلی ہبوط کے لئے صبح علاج ہے، اور نوزائیدہ کے عدم تمدد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ اینٹیٹ اور ڈیٹکٹلے نے سفارش کی ہے کہ مُتَغَشِّط ادویہ (expectorant medicines) پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ہمراہ دینی چاہئیں، نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکلی بندشوں (abdominal bandages) کو ڈھیلا کر دینا چاہئے، اور یہ کہ مریض کو ہر گزشتہ میں پانچ منٹ کے لئے کامل شہیتی ماسعی (full inspiratory efforts) جو بالخصوص شکلی طرز کی ہون عمل میں لانے کی ترغیب دینی چاہئے۔ شعبی تسد کو شعبہ بینی کے ذریعہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اُذیمائے شش

(OEDEMA OF THE LUNGS)

بحث اسباب - امتحانات بعد الموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیمائے کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے، بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ عرصہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ ششوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکودی اُذیماء = hypostatic oedema) - علاوہ انہیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہو جائے گا رجحان رکھتا ہے، جو یہ ہیں :-
عضلہ قلب کا مرض (myocardial disease) - قلب کا مصرعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اُورٹی باز روی (aortic regurgitation) جس میں وہ حاد طور پر اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بائیں بطن کا سرعت و فتل ہو جاتا ہے لیکن دایاں بطن پھیپھڑوں کے اندر خون پمپ کرتا رہتا ہے۔ آب دموتی الہتہاب گروہ (hydræmic nephritis) - حادثات الیوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک الہتہابی اُذیماء واقع ہوتا ہے۔ اغتصا صی (suffocative) زہریلی گیس پھیپھڑوں کا اُذیماء پیدا کرتی ہیں۔

مرضی تشریح - اُذیماء سے ماؤف شدہ شش حجم دار (bulky) اور بھاری ہوتا ہے، اور جب اس میں شکاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سیال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔
علامات - ممکن ہے کہ سینہ ابتداً گنگی ہو، لیکن بعد میں وہ پیچھے قاعدوں کے مقام پر قرعی آواز کی کیفیت (impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس لمبی کیے ساتھ (deficient) ہوتے ہیں، اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لغطات سنائی دیتے ہیں۔ حادثہ اغتصا صی اُذیماء (acute suffocative oedema) میں مریض پر یکایک زفری بہرور انتہائی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ دار تنفس طاری ہو جاتا ہے جو کہ ممکن ہے ایک محاذ میکانیہ بہرہ شہیقات (inspirations) حتی الوسع بہت ہی چھوٹے ہو جاتے ہیں، کیونکہ دباؤ کے

کم ہو جانے سے آذیمائے تنفس کو مدد ملتی ہے۔ اس کے خلاف منقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے خلاف اطالت پذیر فیرات کا وقوع (ربوئی تنفس = asthmatic breathing) ششوں میں دباؤ کو بڑھاتا ہے۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ دیگر علامات یہ ہیں، بے چینی، دم گھٹنے کا احساس کم و بیش زراق، چھوٹی اور سریع نبض اور بے رنگ یا خون آلود جھگڈا رآبی سیال کی بہت بڑی مقدار کا نفلت۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے، یا چند گھنٹوں میں رخ ہو جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزرنے تک کوئی نفلت نہ ہو، اور فی الحقیقت بعض سریع ہلاک اصابتوں میں تو نفلت بالکل نہیں ہوتا۔ ذات الریہ کے آخری آذیمائے تنفس تو اس سارے شش پر جو اب تک تندرست تھا لفظات (râles) نائی دیتے ہیں۔ حالیہ تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ معمر اشخاص میں جو رات کے وقت سانس پھولنے کے حملے یا دوری بہر واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی وجہ جادریوی آذیمائے تنفس ہے (49)۔

تشخیصیں۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انخپام دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے جادریوی آذیمائے تنفس کو اکیلی طقیت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہئے، کہ جس میں درو شدت سے ہوتا ہے۔ اس کو ریوی سدایت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہئے، جس میں نفلت بعد میں ہوتا ہے اور نفلت میں زیادہ خون پایا جاتا ہے۔

علاج۔ اگر مرض دورانی اصل رکھتا ہو تو پلیش (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہئے۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ دائیں بطن کی بیش فعالیت رک جائے۔ ہوا ایک موٹر نیچے کے ذریعہ ایک چست بیٹھنے والے نقاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنف ہذا اب ایک الیکٹروکلس (electrolux) منطخ استعمال کرتا ہے، جس میں نقاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیم (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور دباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہونا چاہئے۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت مہر کن عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حاد اصابتوں میں فصد (venesection) آزمانی چاہئے۔

ذات الریه

(PNEUMONIA)

شعبی انوبات کے التهاب کے برعکس، جرم شش کے التهاب کو ذات الریه کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ ہوائی توہیلات کے اندر التهابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ التهابی حاصلات دوران شفا یابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مزمن شکل میں ہو تو یہ خنکی یافت کو ایک کثیف کیفی یافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل منتقل ہوتی ہے۔ حاد ذات الریه کی دو تمثیلی قسمیں خاص ہیں ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تمیز کی جاسکتی ہیں: —

لختی ذات الریه (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بالغوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، شش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں ماؤف کرتا ہے، اور ایک نوعی ماری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شفا یابی سریع، اور بعض اوقات پھیلاؤ و بائی صورت میں ہوتا ہے۔

شعبی ذات الریه (broncho-pneumonia) خاص کر شیرخواروں، بچوں اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا فمر اور طریقہائے آغاز و اختتام نسبتاً بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربہ، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبہ کے اندر مختلف قبلیت کے (قسم اول اور قسم چہارم کے) نبتات ریوہ کی کاشخوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریه کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے جب قبلیت

کم ہوتی ہے تو نبتات ریوہ ایسے جو فیزی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھینچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہ راست

باہر نکلتے ہیں، اور شبی ذات الریہ اور اس کے ساتھ جو فیزی دروں حلیمیوں کا تکاثر (proliferation) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب قشیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر شش کی بافت کے اندر پھیل جاتے، اور نختکی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، اور اگر قشیت اور زیادہ ہو تو نختی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواتی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک ہملک الہتاب عروق لمفائیہ (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معتاد حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پلورائی سطح میں سے آریار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور الہتاب سماء مور (pericarditis) پیدا کریں۔ شدید ترین قشیت ہو تو ایک سرخ ہملک عفونۃ الدموی (septicæmic) حملہ واقع ہو جاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چلتی دار مصلی ارتشاح اور متشتر (desquamating) جو فیزی خلیات اور چھوٹے چھوٹے نزفات، بلا کسی کثیر الاشکال نواتی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدراس میں نہایت ہملک وباؤں میں مشاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشفیت (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں، لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جیمات کے اندر ہوتے ہیں، اور صرف ہملک عفونۃ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخار، مثلاً وماغی سخاغی بخا (cerebrospinal fever) یا تب محرقہ کی ابتداء میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کرتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خون اور (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہو سکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانہ میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکاثر کر رہے ہیں، خلیات آکلہ آزاد ہو کر جوئے خون کے اندر نکل آئے ہیں اور انتقالی مرکز (metastatic foci) جیسے کہ ”ککلابی جتوں“ (”rose-spots“) کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دودراتی خلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرفتار

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اس سیرایت کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں میں سے واقع ہوتی ہے اور یہ اسب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ اولی ضرر بڑے شعبوں کے محلی طاقی ڈالوں سے مسدود ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور چونکہ یہ ڈالیں بفقہ ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ جتنی بفقہ سبجیہ کی صورت میں لہذا آخر الذکر سے شعبی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ لختی ذات الریہ میں لاشعاعی سالیے (صحفہ نمبر ۳) ایک مفعمہ (infarct) کی مانند فائدہ ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈانفرام اوپر کواٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی ہٹا ہوا نہیں ہوتا۔ شعبی بقیات ریوی مجبلی طور پر شش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر شعبی قسم چہارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کئی ہبوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) (نبتی ریوی)

(کروپی ذات الریہ: croupous pneumonia)

بکثرت اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دو گنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوعمر اور مہر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیرخواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالغوں میں ادھیڑ عمر تک زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرما اور فصل خزاں کی نسبت سرد اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ پیش میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوائیں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو تکشف (exposure) کا موقع پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادتیں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مامون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریه ایک ہی مریض میں پندرہ یا بیس بار ہوا ہے، تاہم دو حملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی کا لگنا اکثر ایک تعینی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور با اوقات ایک سابق الوجود نفسی نازلت کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مثالوں میں راستہ یہ (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوئی ہیں جن میں ذات الریه دیہات بڑی عمارتوں یا گھرانوں میں بالکل ایک و بانی بکار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لختی ذات الریه بعض دوسرے امراض اور بالخصوص مطرافی مرض (mitral disease) 'حاد التهاب گردہ (acute nephritis) 'ذیابیطس' اور بعض امراض ساریہ (جن میں انفلونزا شامل ہے) کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن تدریج کی پیچیدگی۔ کہہ طور پر اس کا ہونا شافہ ہے۔ بعض اوقات ضرری ذات الریه (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہو جاتا ہے، مثلاً یہ شہرہ شش ثانی نوری سرایت سے متاثر ہو جائے۔ ذات الریه میں اولی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ نبقہ سر یومیہ پھیپھڑوں اور باقی میں اور شدید امواتوں میں شاید شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے، لہذا یہ جرثومہ دمویت بمشکل ایک عفونت الدم (septicaemia) کہلا سکتی ہے۔ نبقہ کر یویہ کی چار قسمیں پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

مرضی تشریح۔ نبقی ریوی ذات الریه میں ماؤف شدہ شش کا کچھ حصہ تبدیل ہو کر اس کی استغنی ساخت ایک عطوس تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں جو کہ احتلا یا احتقان کا ہوتا ہے، شش بھاری اور سرخی مائل بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے، اُسے دبانے سے اس میں سے ایک جھاگ دار سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے، اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسانی سے تندرستی میں ٹوٹتا ہے۔ عروق شریہ خون سے متمد ہونے کی وجہ سے متع اور پیچاں (tortuous) ہوتے ہیں اور

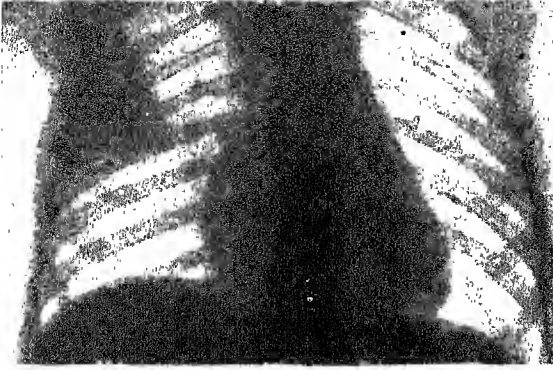
مکن ہے کہ دقیق نزفات موجود ہوں۔ دوسرے درجہ میں بجے متجزئ شش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکتند (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، شش پھیکے سرخ رنگ کا، تراشنے پر باریک طور پر ذراتی، بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انگلی سے دبائے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے۔ جو فیزے باریک ذراتی تو دوں میں علیحدہ کئے جاسکتے ہیں، اور ان کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سرخ جسامات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں۔ دراصل ہوا یہ ہے کہ عروق شریہ میں سے مترشح ہونے والے سیال سے جو فیزی دیواریں اس قدر متحد ہو گئی ہیں کہ دروں حلی خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضائیں سیال سے بھر پور ہو گئی ہیں اور سیال جم گیا ہے (42)۔

تیسرا درجہ بھی، جو رمادی تکتند (grey hepatisation) کا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے متمیز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذراتی ہوتی ہے کہ جتنی درجہ سرخ میں ہوتی ہے۔ خرد بین سے دیکھنے پر یہ درجہ آنوالڈ کر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جو فیزی دیواریں سپید خلیات سے ٹپی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور سرخ جسامات بہت کم مقدار میں ہوتے ہیں۔ رنگ کا متغیر ہونا جو فیزوں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ایک چوتھا درجہ بھی جو درمیان درمیان (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ محض رمادی تکتند کی ایک انتہائی حالت ہے۔ اس میں شش نسبتاً زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہو جاتا ہے، اور اسے کھرپنے یا دبائے سے اس میں سے ایک ندرہ ری سیال نکلتا ہے۔ یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی درمیان شش کے ٹکڑے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسامات، شحمی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ لیکن ایک حقیقی خراج، جو تمثیلی حادثات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت سزا ہوتا ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ شفا یاب ہو جانے والی اصابتوں میں ری درمیان شش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں۔ یہ سچ ہے کہ شفا یابی یا انحلال (resolution)

کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (تھک تھک داجعہ = redux crepitation) پائے جاتے ہیں، جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی منظر کے اچھے ہو جاتے ہیں، اور اُن میں اتنا کم نفث ہوتا ہے کہ اُن کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی تو جھجھ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں بساق کی مقدار بڑی ہوتی ہے۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرمش کے التهاب کے ساتھ ذات الجنب (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے اور اس دو گونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریہ (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، الا اُن اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریر یا قی لحاظ سے ایک نمایاں منظر ہو۔

تعیین المقام (localisation)۔ منقوی رئوی ذات الریہ تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے، اور اس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو، اور بائیں شش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تغیر پذیر جہامت کا ایک فائدہ مناسبہ ظاہر کرتا ہے (صفحہ نمبر ۳۸۱ ب ج) اور پکوں کی صورت میں یہ مدت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)۔ گاہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے درریشش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق تدرن (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نفعیہ زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شش ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مرض عموماً ایک شش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

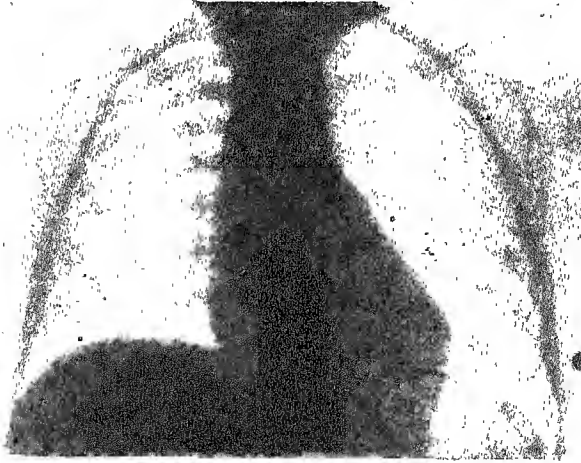
علامات اور طبیعی امارات۔ پھلاد رجہا۔ بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک تشعیرہ (rigor) یا لرزہ ہوتا ہے (۶۹) تپش ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے، اور نہایت لمبے تو سین کے اندر درج کردہ اردو اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ فوجی پانیوں کی لختی ذات الریہ کی



الف



ب



ج

لشعی ذات الریه میں خانہ نمادریزش، اور اس کا تدریجی انخال۔ (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۳ء۔
 (ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۳ء۔ (ج) ۱۹ جولائی ۱۹۳۳ء۔ یہ ڈاکٹر مچ کا مریض تھا۔ (شعاع
 نچشتیں مسٹر لنڈ سے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

نمایاں ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس کے ساتھ کسٹندی (malaise) عدم اشتہا، قے (۳۳) 'فروار زبان' اور بعض اصابتوں میں لبوں پر نملہ (herpes) کا ایک توران (eruption) ہوتا ہے (۱۷) جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں، لیکن تشنجر است غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداء مبہم سے ہوں اور شاید ان کے ساتھ درد سر (۳۵، ۶) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) (۹) ہو یا سشش کی ماؤفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہو اور پہلو میں شدید درد (۶۰) ہو جو ذات الجنب سے منسوب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک ہلکے (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو اٹھکی اور انگوٹھے کے درمیان ملنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تکنیک بیشتر ایک گہری سانس کے اختتام پر لیکن بعض اوقات سارے دوران شہیق میں سنائی دیتا ہے، اور اس کی توجیہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جو فیروں کی دیواروں کے علیحدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو غیر قدرتی طور پر چسپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کیا تھ ایک غیر طبعی صورت حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجہ دوم یعنی تجمد کے امارات ظاہر کرتا ہے، حویصلی خریر کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قرحی آواز (percussion note) اب بھی غیر مبذل یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم لگی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرح پر ایک طبعی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اس وقت ہوتا ہے جب کہ ذات الریہ بھی عمل ابتداء مرکزی ہو جس کے نتیجہ کے طور پر گرد و پیش کے سشش کا ارتخاء (relaxation) ہو جاتا ہے یعنی وہ ڈھیل پڑ جاتا ہے

(بیمہ حاشیہ صفحہ گذشتہ) ۵۵۸ اصابتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۶ء بمقام آلڈرشاٹ (Aldershot)

روما ہوئیں، کتنی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (25) -

(جیسے کہ اسکو ڈیائی لگک میں)۔

اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ ممیتز نہ ننگ آلود بُساق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بُساق ایک شفاف بے ہوا، جلی نامحاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد، نارنجی، گندمی بھورا (russet brown)، یا بلکہ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا پیندے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقہ متلون سے بُساق میں بقیہ ریویثا خست ہو سکتا ہے، جو کہ ابتداءً بکثرت نہیں ہوتا، اور بُساق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط، مصلی البیہ مینی ارتشاح، چند سرخ جسیمات، چھوٹے جوفیزی خلیوں، بڑے درحلی خلیوں، اور چند کشیدہ الاشکال نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفث الدم (haemoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۳۶)۔

دوسرے درجے یا درجہ نتیجہ (stage of consolidation) کے علامات اکثر یہ سرعت نہویاب ہو جاتے ہیں۔ سشش کے ماؤف حصے پر قطعی صمیت (decided dulness) پائی جاتی ہے۔ اسی رقبہ پر بلند ارتفع کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداءً تو نرم اور دور کا (soft and distant)، لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد بے بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے، اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سنائی دیتے ہیں، اور بہ ظاہر مسامع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہو جاتے ہیں۔ سشش کے اُن حصوں میں جو پھیلتے ہوئے الہتاب سے ماؤف ہو رہے ہیں، وہ باریک تکتک (fine crepitation) جو ایک ابتدائی امارت کے طور پر سنا گیا تھا، ٹھکن ہے کہ اب بھی سنا جائے۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقیوں پر کوئی لغظات (râles) نہیں سنائی دینگے۔ تا وقتیکہ ساتھ شعبی الہتاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ متنغم (consonating) ہونگے۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا

ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ تقریباً تمام اصابتوں میں اس کی تخفیف اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیور اسکے اندر سیال کی ایک تہلی تہ موجود ہوتی ہے (26)۔ طبعی امارات کی تنویابی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر بڑا ہوتا ہے، لیکن اسے اکثر انتصابی تنفس (orthopnoea) ہوتا ہے۔ اس کے کال اور پیشانی سرخ متماستے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اس کی آنکھیں جھکنے لگتی ہیں اور ظاہر کرتی ہیں کہ اس کو تکلیف کا بہن احساس ہے۔ اس کی سانس تیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۲۰، ۳۰، ۴۰، یا بلکہ ۵۰ تک بڑھ جائے۔ نبض تیز ہو جاتی ہے، لیکن تنفس کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ تا ۱۲۰ یا اس سے کبھی قدر زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۳:۱ یا ۴:۱ سے بدل کر ۲:۱ یا ۱:۱ ہو جاتی ہے۔ پیش عموماً ایک بلند لیول، ۱۰۰ تا ۱۰۵ اور چہرہ قائم رہتی ہے اور اس میں کم تغیر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو پیچھتی ہوئی گرمی (pungent heat) کا احساس ہوتا ہے۔ ضغط الدّم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے، زیادہ بار بار نہیں ہوتی، اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر درو کے ساتھ ہوتی ہے۔ اور بساق، جوں جوں اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقت باہر نکلتا ہے۔ قارورہ قلیل المقدار گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترشی ہوتا ہے اور اس میں یورین کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائیڈز (chlorides) بہت کم ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں، اور البیومن کی تھوڑی مقدار اکثر اوقات موجود ہوتی ہو۔ عموماً سپید جسامت کی کثرت (leucocytosis) کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے، جو شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو ہڈیاں ہو جاتا ہے (۴) بالخصوص رات کے وقت۔ کبودی (lividity) یا زراق ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیر شدگی کم ہو جاتی ہے، اور وہ بجائے ۹ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۱۰ فی صدی ہوتی ہے (Stadie)۔

یہ نائیرشدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہو جاتا ہے جس میں شش کے تندرست حصے سے آیا ہوا ہوازدہ خون اور مرضی شش سے آیا ہوا غیر ہوازدہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں زراق زائل ہو جاتا ہے، کیونکہ مرضی شش میں سے دوران خون کُست ہو جاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ نبض و تنفس تیز تر ہو جاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ بھوری ہو جاتی ہے، اور رات کا ہذیان زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تشددی عمل پچھل رہا ہے، چنانچہ ٹھٹھک (crepitation) اور شعبی تنفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلے جاتے ہیں یہاں تک کہ راس (apex) ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبعی امارات سامنے ترقوی بڑی کے نیچے ظاہر ہو جائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری یہ ظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں یہ بالکل آبگانی طور پر ہوتی ہے۔ جیسے، ساتویں یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض، اور تنفس گر کر بارہ یا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبعی حدود تک آ جاتے ہیں۔ زبان تر ہو جاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۴، ۵) کے ساتھ بکثرت سینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (lysis: تحلیل) اور درجہ انتہا سے طبعی درجہ تک گرنے میں اسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبعی ہونے کے بعد طبعی امارات تدریج صاف ہو جاتے ہیں۔ اس درجہ میں قکتکات راجعہ (redux crepitations) سانی دیتے ہیں۔ یہ نسبتاً موٹے (coarse) مگر کرانے والے (crackling) یا بلبلائے والے (bubbling) لغطات ہوتے ہیں، جو ارتشاح کے پھیلاؤ پرنے اور انبویات میں

آجانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ شمش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ بساق بھی متغیر ہو جاتا ہے، اس کی تمیز جھلک (tinge) جاتی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز، مخا طی ری، اور کم لزج ہو جاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریہ جو کہ ۳۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معوف و متندر علامت پیش کرتا ہے جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بسا اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ عمر افراد پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں موت۔ فشل القلب (failure of the heart) سے، یا اس شش کے اُذیمیا سے کہ جو اب تک غیر مآؤف تھا، یادوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہو جاتے ہیں: یعنی تنفسات تو اتریں پڑھ جاتے ہیں۔ نبض تیز، صغیر اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ چہرہ کبود یا ازرق ہو جاتا ہے۔ دائیں بطن کے اتساع کے طبیعی امارات مشاہدہ میں آ سکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہڈیاں کم و بیش مسلسل ہوتا ہے اور بڑبڑاہٹ (muttering) اور قوما (coma) بند ریج طاری ہو جاتے ہیں۔ استماع کرکھ پر بلند (loud) موٹے (coarse) لغات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے پیش گرتی جاتی ہے، جلد سرد پڑ جاتی اور پسینہ سے شرابور ہو جاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں پانچویں اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا مہلک منہ ختم کر دیتا ہے۔

پچیدگیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی منبئی ریوی سرائٹس ہیں جو پیچیدگیوں سے متصلہ ساختوں میں براہ راست پھیل جاتی ہیں جو خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات الجنب جس کے ہمراہ لمفیہ نسل کی تکوین ہو سکتی ہے، بمشکل ایک پیچیدگی کہلاتی ہے، کیونکہ وہ عملاً ہر ایک اصابت میں موجود ہوتی ہے۔ یقیح الصدہ (empyema) (۲۰۶۸) اس قدر

عام نہیں ہوتا، لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے، اور اس کے ساتھ قریبی
 آواز صم ہو، اور شعبی نفس کی آوازیں غائب یا متغیر ہو گئی ہوں تو اس کا شبہ
 کرنا چاہئے۔ شاذاً صابتوں میں ذات الریہ کے دوران میں ہوائی نخلیات کے
 کہفہ پلیمورائی کی طرف مشقوق ہو جانے سے استرواح الصدر (pneumothorax)
 پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں جانب کے تنقیع الصدر کے ساتھ اکثر اوقات التهاب
 تاع موریہ (pericarditis) (۲) پایا جاتا ہے۔ التهاب اعصاب محیطی
 (peripheral neuritis) التهاب گردہ (nephritis) (۵-۶) التهاب
 باریطون (peritonitis) تنقیحی التهاب سحالی (suppurative meningitis)
 (۱) اور التهاب مفصل (arthritis) (۵-۶) شاذ و نریقی ریوی چسپیدگیوں میں سے
 ہیں۔ شاذاً صابتوں میں ایک حقیقی بقی ریوی تنقیح الدم (pneumococcal
 pyæmia) پیدا ہو گیا ہے جس کے ساتھ تنقیحی التهاب مفصل (suppurative
 arthritis) اور قاحات (pustules) اور جلد کے نیچے پھوڑے ہوتے ہیں اور انہیں
 سے کارصی سبزی مائل پیپ نکلتی ہے جس میں نبقات ریویہ خالص کا شکت میں
 موجود ہونے ہیں۔ خبیث التهاب دژن قلبہ (malignant endocarditis)
 (۱۷۲) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے جو اس کے
 نوعی عضویوں کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ غلیل التداو صابتوں میں نسایاں
 میرقان (jaundice) (۱۷۳) ہوتا ہے۔ ایک ہلکی یرقانی جھلک زیادہ عام ہوتی ہے۔
 بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا سدا لتساع (acute dilatation
 of the stomach) واقع ہو جاتا ہے اور شدید صابتوں میں التهاب نلفیہ
 (parotitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia)
 گنگرین (gangrene) اور خراج شش (abscess of the lung) اور تھلہ
 الشعب (bronchiectasis) شاذ و عواقب ہیں۔

تشخیص - قشہریہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ
 بعض اوقات دوسرے حاد امراض جیسے کہ تپ محرقہ، قرمز، یا چیچک سے
 ناقابل شناخت ہوتا ہے۔ اکثر سینہ کے ایک جانب پر یکہ درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

کہ وہاں حادثہ مرض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصوات تنفس کی غیر موجودگی یا باریک
تک نکات (fine crepitations) کی موجودگی، جن کے بعد اہمیت شعبی تنفس، اور
شعبی صوتیت ہو، ہماری کی نوعیت ظاہر کر دیں گے۔ لیکن یہ در نہایت غلط فہمی بھی پیدا
کر سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس
سے ابتداء التهاب نراڈا (appendicitis) التهاب یاریطون
(peritonitis)، یا التهاب صرا (cholecystitis) کا خیال ہو سکتا ہے۔ ریوی
قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تاکہ غلطی نہ ہونے پائے۔
دوسری اصابتوں میں طبیعی امارات کی نمویابی سے پہلے ایک مختصر سی ٹھکانی ہوگی،
جس کے ساتھ رنگ آلود بئاق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات
کے ظہور میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہو جائے، انہیں بہت
تلاش کر لینے کی ضرورت پڑے اور پہلے پہل ان ہونی جگہوں میں پائے جاتے ہیں،
جیسے کہ غظم الکف کے اوپر یا بزل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراض طفصیہ
(exanthemata) کے مخصوص و متمیز طغیات کی غیر موجودگی، تنفس کی سرعت جو
نبض سے غیر متناسب ہوتی ہے، سرخ متماہا ہوا چہرہ (flushed face) اور حرکتی
ہونی آنکھ، مخصوص و متمیز نوعیت کا بئاق اور دہن کے گرد و پیش منہ کی موجودگی،
یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحان خون سے بھی مدد مل سکتی ہے،
کیونکہ سپید خلیات کی کثرت (leucocytosis) سے نپ محرکہ، لمیریا اور انفلوئنزا
خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ رائجنی شعاعیں بھی کارآمد ہیں، جیسا کہ پیشتر بیان
کیا جا چکا ہے۔

جب طبیعی امارات نمودار ہو جاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا
ذات الریہ موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion) یا دونوں
کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ ان دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشخیص ذات الجنب
(پلیوریسی) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریہ سے تشخیص پر
بعد میں غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 158)۔

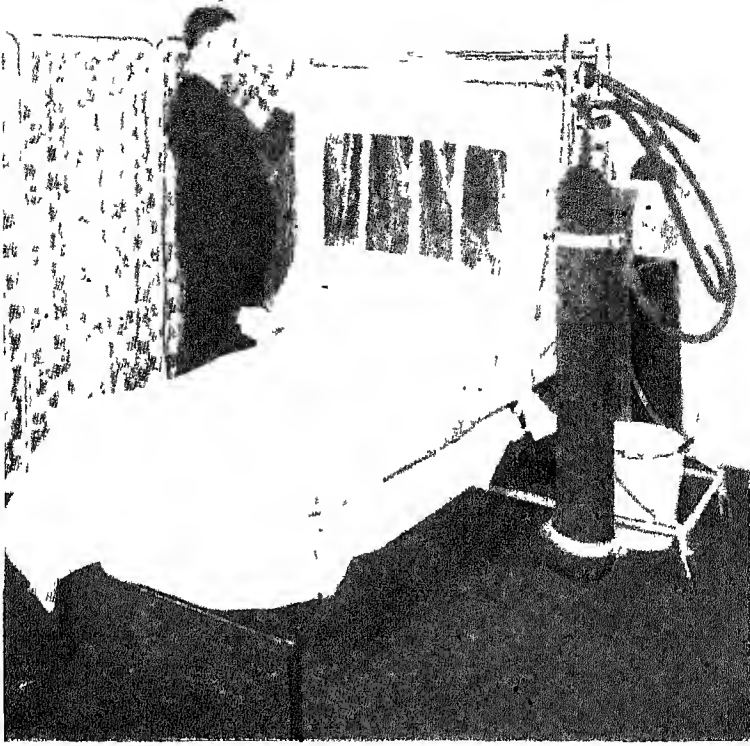
انذار۔ نعتی ذات الریہ کی اوسط شرح اموات تقریباً ہانی صدی ہے۔

وہ چھوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے، لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور ان میں جنہیں ناکافی غذائی ہو یہ مرض زیادہ مہلک ہوتا ہے۔ سریع الوقوع یا تندہیان فشلیغ نبض (failing pulse) کہو دی اور زراق یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا نبقہ ریویہ کہ جس کے خلاف ہمیں کوئی متصل میسر نہیں، سب سے تشویش ناک اوصاتوں کے لئے ذمہ دار ہے اور شرح اموات ۴۰ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں انداز اس سے زیادہ بہتر ہے کہ جتنا قسم دوم میں ہے، کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۰-۱۵ فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۲۰ فی صدی ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

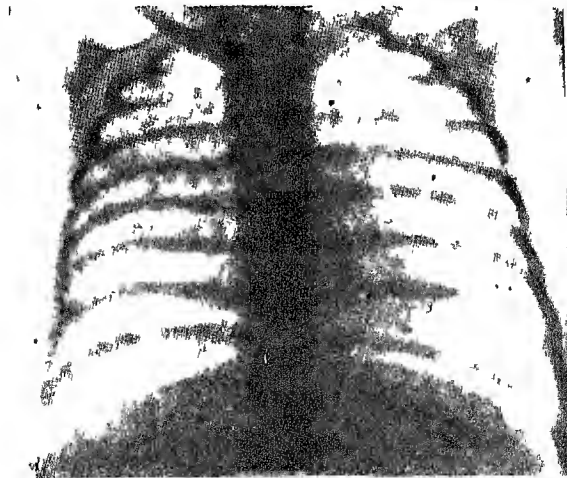
علاج۔ مریض مجبوراً بستر پر پڑ جاتا ہے، اور عموماً اسے مرض کی انتہا میں (in the height of the disease) ٹکیوں یا (bed-rest) کے ذریعہ نیم مضطجعی (semi-recumbent) حالت میں سہارا دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے جب جسمانی آرام اور تشویش سے برابر ہونا، علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی امتحان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویج رکھنے والے کمرے کے اندر بہ افراط گرم تازہ ہوا ملنا چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کسی دوسرے ساری مرض میں غذا ایسی دینی چاہئے جو ایک حموی مرض کیلئے موزوں ہو مگر ملاحظہ ہو (صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا، لیکن انڈے اور اناج (cereals) دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں، باریک کالمالٹ ملا ہوا دودھ (Horlick's malted milk)، پھلی یا چوزے کا قیمہ، وغیرہ بھی غذا میں شامل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات کا لحاظ کیا جائے۔ فتوح لحم البقر (beef-tea)، یا بکری کے گوشت کی میٹھی (mutton broth) گوذاتہ خود غذا میں نہیں ہیں، تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔ ابتدائی درجوں میں آنسوؤں کو صاف کر دینا چاہئے، اور ایسٹٹ یا سائٹریٹ آف امونیئم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کر کے جلد کے آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہئے یا براہ راست سفوف ڈوور (Dover's powder) کی خفیف

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں اندازاً خراب ہو، اس کا استعمال محدود رکھنا بجا ہے اور ناگہانی آغاز اور شدید انبطاح، کمزور مرتب نبض، خفیف پیش اور خفیف پسید خلوی تجبیت اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص واعیات ہیں۔ بقیہ ریویہ کی قسم کی تعین کرنا ضروری ہے لیکن یہ کام چند منٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا مصل اور قسم اول و دوم کا مخلوط مصل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہیے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی اصابتوں میں دگنی معتاد ہونی چاہئے۔ اول الذکر میں ۲۰۰۰۰ اکائیاں مالچ سے مرقق کر کے جو کہ حموی تعاملات روکنے کی غرض سے سترہ تیار کیا جاتا ہے آہستہ سے دروں وریہ کی طور پر دی جاتی ہیں۔ اسی جامت کی دوسری اور تیسری معتادیں آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دی جاتی ہیں اور گا ہے ایک چوتھی یا پانچویں معتاد کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کمبودی یا ذراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے میسر ہیں۔ (۱) انفی قنابل (nasal catheter)۔ اسوائے کو جو کہ ایک دقیق شست والے تنظیمی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے، پہلے ایک ولف (Wool) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے جس میں پانی ہوتا ہے، اور پھر ایک رٹر کے قنابل کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک دھکیل دیا جاتا ہے۔ رابطہ انبوہ چوڑی ہونی چاہئے اور اس کا قطر $\frac{1}{8}$ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے۔ بوتل میں تجنب کو ایک مستقل رفتار رکھ کر آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے قیلے پر اسٹار رکھ کر لگایا جاسکتا ہے۔ قنابل کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی جگہ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۲۰ سینکڑ ہوئے چار سٹیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قنابل کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جاسکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوسری تلی ہے جس کی ٹونٹیاں دونوں تھنوں کے عین اندر ہوں۔ لکر (Müller) کا مصراع جس طرح کہ اس کو ڈیوینز (Davies) اور گلکراسٹ (Gilchrist)



الف۔ آکسیجن کا ٹینم۔ گاڑی کے نمونہ کا



ب۔ شعبی التهاب الریہ ایک بچہ میں۔ (شعاع نمکاشت مرٹلنڈ سے لاکنے لی ہے)

استعمال کرتے ہیں جو کہ زیر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اسطرح ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو قیف کے ذریعہ دینے کا مسر خانہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہئے۔

(۲) آکسیجنی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھر پور (۵ تا ۶ فی صدی) فضائی رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کر دی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ صفحہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت برف سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کی جاتی ہے جو خیمہ کی چھت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔ CO₂ کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک ”مشرّب“ (injector) کے ذریعہ ترویج کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوائنے کے سر کے ساتھ چکایا جاتا ہے تاکہ استوائنے کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت مھر کہ بہم پہنچائے (49)۔ خیمہ میں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک

سریری آلہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریوی مریضوں پر شریانی ونز (arterial

puncture) سے حاصل کردہ تجزیہ شہادت موجود ہے کہ خیمہ انفی قشاطر کی

نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی زمیں گیاں بچ گئی ہیں جو اگر انفی قشاطر کے

علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہذا نے آکسیجنی خیمہ

کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۸ تشویشناک اصابتوں میں سے ۲۰ اصابتیں بچائی

ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ CO₂ دینا چاہئے یا نہیں۔

اس کے لئے دور میں CO₂ کا مکمل انسجذاب روک دینا چاہئے تاکہ مریض اس

CO₂ کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے

مصنف ہذا کی رائے میں CO₂ کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جاسکتا

ہے اس غرض سے کہ تنفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی

واقع ہو اور مخاط کا وہ لزج صام اکھر جائے جو کہ سابقہ بیان کے مطابقی مرض کا

اولی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مرض کو دیا جاسکتا ہے۔ تاہم مرض کے آخری

درجوں میں جب کہ قطب تک جاتا ہے، صرف آکسیجن استعمال کرنی چاہئے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ خیمہ میں ذات الجنبی در اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

فریڈ لینڈر کا ذات الریه

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لختی ذات الریه فریڈ لینڈر کے عصیہ ذات الریه کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے، جس کا انداز خراب ہوتا ہے۔ ایک ہملک اصابت میں شش سرخ رنگ کی نسبت، زیادہ ایک یارہی مائل رادوی رنگ پیش کرتا ہے اور تیراش چھچھے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جو فیروں میں کثیر التعداد عسیتے اور نقش پذیر مرحلہ موجود ہوتا ہے۔ نتیجہ اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں کہ جتنے معمولی قسم میں ہوتے ہیں اور پیش زیادہ تغیر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈ لینڈر کے عصیہ کے ساتھ بقیہ ریویہ بھی ہو سکتا ہے، اور اول الذکر لختی اور لختی ذات الریه دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

شعبی ذات الریه

(broncho-pneumonia)

[نازلی (catarrhal)، لختی (lobular) یا سرخنکی

ذات الریه (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب - (۱) اولی شعبی ذات الریه (primary)

broncho-pneumonia - جب بقیہ ریویہ نالصل کاشت میں پانچ سال سے نیچے

کے بچوں میں شش پر حملہ آور ہوتا ہے تو وہ ایک تمثیلی لختی ذات الریه (typical)

lobar pneumonia پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر شش کے جو فیروں پر

چکیتوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اولی شعبی ذات الریه

(West) یا اولی لختی ذات الریه کہتے ہیں۔ اگر پھیپھڑوں میں چکیتی دار توزیع

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے تو یہ اصابتیں اوپر بیان کئے ہوئے
 لختی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہیں اور ان میں متلازم شعبی الہتہاب (bronchitis)
 نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی
 ذات الریہ جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریہ یا حاد دخلی
 ذات الریہ کہتے ہیں ہمیشہ جھوٹے شعبات کے الہتہاب سے شروع ہوتا ہے
 اور گروہ پیش کے ہوائی خویصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے نیچے
 کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھرا اور کالی کھانسی کی کثیر الوقوع پیچیدگی
 کے طور پر ہوتا ہے اور دوسرے ساری امراض (یعنی حئی قمریہ اور انفلونزا وغیرہ)
 کے بعد بھی ہو کر رہتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے خراب تغذیہ
 رکھنے والے بچے شعبی ذات الریہ میں مبتلا ہونیکا زیادہ امکان رکھتے ہیں اور اغلب
 ہے کہ کماحقہ بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریہ
 ذات غریبہ (foreign particles) بالخصوص حلق کے عفونی مادوں کے پھیپھڑوں
 کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریہ: inhalation pneumonia)۔ یہ ڈیفٹیریا کے شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شعبات (bronchioles)
 تک پھیل جانے کا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا
 کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے بالخصوص
 بوڑھوں میں جو ہفتوں تک اضطجائی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ
 شش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے سٹاٹک ذات الریہ (hypostatic pneumonia) کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی عدم حسیت
 (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں اور ان لوگوں میں جو تقریباً
 غرقاب ہو گئے ہوں یہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان
 (carcinoma of the oesophagus) شش پر حملہ آور ہو کر ذات الریہ پیدا
 کر کے ہلک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی ذات عروق دمویہ کے ذریعہ
 شش میں پہنچ جائیں اور تقيج الدم (pyaemia) اپنے تقيجی ذات الریوی مراکز کے
 باعث میٹز ہوتا ہے۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں پر عفونی ذات الریہ

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریہ کی جرثومیات پیچیدہ ہے اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بخار مثلاً گھبراہٹ یا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خافض اثر ڈالتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عضویہ ثانوی طور پر حملہ آور ہو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دم پاش نبتہ سمجیہ (hæmolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ ہلاک پایا گیا، لیکن بعض موتوں پر نبتہ ریویہ عصیدہ (streptococcus aureus) بھی موجود تھے۔ فریڈ لینڈر کا عصیہ اور ڈیفٹیریا کی اصابتوں میں کلیسیا لافلر کا عصیہ (Klebs-Löffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح - شعبی ذات الریہ میں تجمد شش کے طول و عرض میں گریہوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے جو اکثر جدا جدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبتاً بڑے تودے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریہ: confluent broncho-pneumonia)۔ مابینہ یہ گریہیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراشنے پر جامد شش متعدد چھوٹے رمادی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے جو زرف آؤ میا اور ہبوط (collapse) کے سیاہ سرخ منطوقوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ شش نرم اور خستہ (friable) ہوتا ہے اور نچوڑنے پر اس کی چھوٹی نالیوں سے پر یکے ایک قطرے (bead) کا ارتشاح ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات قطعہ ل الریہ (splenisation of the lung) کہتے ہیں جسے دین سے دیکھنے پر متمیز و مخصوص ضررات یہ ہوتے ہیں: زخنی التهاب جو شعبی اور جو فیزی دیواروں کو مآؤف کرتا ہے اور گرد شعبی التهاب عروق

158

المنفا یہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں اور ریہ خطیہ کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جو فیزے کا درونہ نازک مافیہ سے پڑ ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے در خطی خلیوں سے۔ لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعبی اور ان کی ہم پہلو جو فیزی دیواروں میں نئی لینی بافت کی تکوین موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر سرخکی شعبی ذات الریه (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شبیات اور غلیظیت زدہ عروق لمفائیہ (thrombosed lymphatics) میں نبتات سبجیہ بہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التهاب سطح تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت عا د اور مہلک امصابتوں میں لیفی بافت کی تکوین نہیں ہوتی اور نبتات سبجیہ جو فیروزوں پر حملہ کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ شش کے اندر پھوڑے بن سکتے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی بھر اور ارتعاع حرارت (pyrexia) ہیں اور آخر الذکر منفصل ضررات کی سمت اور جائے وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر کچھ کو سابقہ شعبی التهاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) موجود ہوں تو جو فیروزوں کی موقوفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک چڑھ جائے، کھانسی کے مختصر (short) نمشک اور درخیز ہو جائے اور لغطات (râles) کے زیادہ وافر ہو جانے اور متغیم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی امصابتوں میں ایسے خرخرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زائد ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں اور ایک یا دونوں پھپھڑوں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ تر تیز چھننے والے لغطات (sharp crackling râles) سنائی دیتے ہیں، جن کے ساتھ قرعی آواز بہت کم تغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہوتے ہیں، ساتھ ہی کافی تعداد میں متباعد تختکوں کے اجتماع کے باعث ان پر صمیت شعبی نفس اور شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رقبے بڑھ یا گھٹ سکتے اور پھیل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ بساق (sputum) مخاط یا مخاطی ریم پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کبھی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں ہوتیں۔ لیکن نوعمر بچے اسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثنائاً آزادانہ نفث الدم (hæmoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا ممر اس قدر متعین نہیں ہوتا جس قدر کہ بنقی ریوی ذات الریہ میں۔ ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہو جائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد تک قائم رہتا ہے۔ تپش عموماً متقطع (remittent) بلکہ متوقف (intermittent) ہوتی اور اکثر تحلیل سے (by lysis) گرتی ہے۔ وہ بہت بیقاعدہ ہو سکتی ہے۔ سانس تیز اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو شخص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے۔ ایک سر میں وقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس روک لی جاتی ہے، پھر زفير (expiration) ایک غیر غراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور پھر اس کے بعد بلا کسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے۔ دوران شہیق میں نیچے والی بین الاضلاع فضائیں دُب جاتی ہیں۔ کھانسی بہت ہوتی ہے۔ چہرہ سرخ، تھما اٹھتا ہے، یا زیادہ شدید اصابتوں میں پھیکا اور کبود ہو جاتا ہے۔ نبض تیز اور صغیر (small) ہوتی ہے۔ ہڈیاں اکثر موجود ہوتا ہے۔ امارات اکثر دوران مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے میں صاف ہو گیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں۔ مرض اکثر دونوں پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شفا یابی زیادہ تدریجی ہوتی ہے، نہ کہ بنقی ریوی ذات الریہ کی طرح ناگہانی۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ شعبی ذات الریہ اس کے ابتدائی درجات میں دوسری حاد بیماریوں سے جن میں تیز بخار ایک تمیز خصوصیت ہو غلط ملط ہو سکتا ہے، جیسے کہ تپ محرقہ سے۔ اور چونکہ بچوں میں ہر حاد بیماری کی وجہ سے نمایاں دماغی علامات پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس وجہ سے التهاب مصلحایا کی تشخیص کر لی جائے۔ مابقی شعبی التهاب اور صدری علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتوی کرنا پڑے۔ طویل المدت شعبی ذات الریہ تلائن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کر سکتا ہے، جس میں تیز بخار، ہر جگہ پھیلے ہوئے لُغَطات (râles) کبودی اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) میں ہیر (dyspnœa) کبودی اور لُغَطات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ لُغَطات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے

ہیں۔ شعبی تنفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ ریوی نفٹ بکثرت ہو۔ التقانی شعبی ذات الریه (confluent broncho-pneumonia) کی لختی ذات الریه سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں شش پر کے امارات زیادہ کیماں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ بحران (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریه میں الہتباب شعیبات (bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں پھیپھڑوں میں کے تغیر پذیر توانی والے متنغم لفظات (consonating râles) سے ظاہر ہوتا ہے اور چونکہ چلتیا الہتبابی عمل کے انمو کے درجہ میں ایک دوسرے سے حامل نہیں ہوتیں لہذا اصوات تنفس صباہی تنفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتفاع (varying pitch) کے کامل نویافتہ شعبی تنفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریه میں بخار زیادہ طویل اور انحلال (resolution) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ ایک مثالی شعاع نگاشت صفحہ نمبر 156 میں دکھائی گئی ہے۔

انذار۔ اگرچہ اس قسم کا ذات الریه بنتی ریوی قسم کی نسبت بہت زیادہ ہلک ہوتا ہے، کسی دی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہئے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شفا یاب ہو جاتی ہیں، لہذا موافق رائے دینے میں کس قدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ بوڑھوں کے شعبی ذات الریه میں اور اس میں جو جاذبات کے استثنا کے سبب سے ہو، انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج انھیں عام اصولوں پر کرنا چاہئے جو معمولی ذات الریه کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ کمرہ خوب ترویج دار ہونا چاہئے، جس میں مریض کو ہوا آزادانہ طور پر پہنچتی ہے۔ کھلی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر تنفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہئے، اور آکسیجنی خمیہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افزا خشک کرنے کے لئے مکنیکل سیلاڈونی (tr. belladonnæ) ۳ ماہ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے بچوں کو دیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ایٹروپین (atropine) کے اثرات بھی دئے جاتے ہیں۔ منقحات (expectorants) چھوٹے بچوں کے لئے عموماً ناپسندیدہ

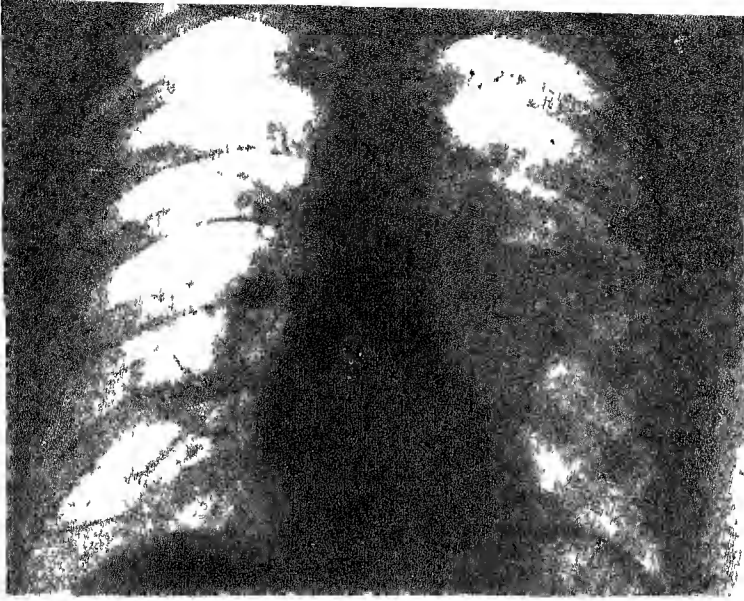
ہیں، کیونکہ وہ بُساق کو کھانکرنکالنے کی قوت نہیں رکھتے۔ شدید امصابتوں کے لئے اکثر مہیجات (stimulants) کے قدرے آزادانہ استعمال کی ضرورت ہوتی ہے، مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے براڈی (brandy) کے ۲۰ قطرے ہر گھنٹے۔ یا لائیکر اسٹریکنین (liquor strychnine) کے ۲ یا ۳ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار مشرب کئے جاسکتے ہیں اور شیرخواروں میں نسبتاً کم مقداریں۔

خراج شش

(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا تقيج الدم کا یا حاد ذات الریه کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ اپنی عوامل سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جوشش کا گنگرین واقع کرتے ہیں (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب وجوار کے تقيج مثلاً ویلڈ یا زیر ڈانفرامی خراج یا کمیتی مرض یا شعاع فطریہ کے پھیل جانے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تجدد شش سے خراج کی تفریق تشخیص مشکل ہوتی ہے تا وقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خارج نہ کر دے۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں: (۱) ریمی بُساق، جو ممکن ہے کہ بدبودار (foul) (۲) کھانسی اور دھماکے کے ساتھ نفث (explosive expectoration)۔ (۳) بُساق کے اندر لچکدار بانٹ اور جو فیزی ترتیب۔ (۴) قرع کرنے پر محدود (circumscribed) اصمیت۔ (۵) لاشعاع سے ایک کہفہ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہفہ کا سیال مافیہ کھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہفہ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں، جیسے کہ کہفہ بڑا ہونے کی صورت میں طبل گنگ کہفگی (cavernous) یا قدری (amphoric) تنفس فلزی بھنکار (metallic tinkling) اور صدر کلامی (pectoriloquy)۔ تقيج الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے کہفوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ فی الحقیقت ان کی موجودگی عموماً گرد و پیش کے تجدد یا ذات الجنبی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صفحہ ۵)۔

انذار اور علاج۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نے انذار میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے۔ یہ مشاہدہ کر کے کہ پیپ کس شعبہ سے آ رہی ہے خراج کا مقام



الف



الف اور ب۔ پھینچے ہوئے کا پھوڑا۔ خراجی کہفہ میں پیپ کا تیل لیول دکھانے کے لئے یہ انتضائی اور
جانبی وضوؤں میں لی گئی ہیں۔ صفحہ ۲ ب صفحہ 137 سے مقابلہ کرو۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تسدد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی، یا مصریحی نوعیت کا ہو، دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کہف میں سے مخصوص کر لیا جاتا ہے، اور پھر اس میں گو مینال (gomenol) کا تیل ٹپکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا بڑا حصہ نکل جائے، تو ب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عامل حائل کاشت میں حاصل ہوتا ہے، اور اس سے ایک جدرین تیار کی جاسکتی ہے۔

ونٹ (Vincent) کا مرغولچہ (spirillum) اور مکلمہ ناعصیہ (fusiform bacillus) غیر عام نہیں ہیں۔ کہف کی جسامت اور شکل، شعبہ بین کے ذریعہ لب کڈال (lipiodol) ٹپکا کر متعین کی جاسکتی ہے۔ واحد شعبہ بینی سے شفا یابی ہو سکتی ہے، اگر نہ ہو تو اسکا تکرار کرنا چاہئے۔ دیگر عوامل جو تفتیح پیدا کرتے ہیں شعبہ بینی کے ذریعہ حسب ذیل دریافت ہوئے ہیں، کھانسی کے معکوسہ کا کمزور ہونا، ارفیا اور اٹروپن کی بیش مقدار (overdosing) تشاؤ طور پر جسم غریبہ یا غنیہ کی نمائیہ کی موجودگی مثلاً سعدانہ، اور شاؤ سرایتیں مثلاً نہوضی قطریہ (blastomycosis) اور شمع فطریہ (actinomyosis)

(64)-

160

لیفی شش

(fibroid lung)

[تلیف شش (fibrosis of the lung)، مزمن

(chronic pneumonia) ذات الریه]

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل مقابلہٴ شاؤ ہوتی ہے، الٹا بچوں میں، وجہ یہ ہے کہ بالغوں میں ریوی باقت کے مزمن التهابات غالب تعداد میں ندرن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں ایک مزمن التهاب ندرن سے الگ واقع ہوتا ہے، اور جنہیں لیفی شش (fibroid lung) کا نام دیا گیا ہے، صرف شاؤ حالتوں میں ایک پیش رو حادثاتی ذات الریہ (acute lobar pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شبہی ذات الریہ ایک زیادہ کثیر الوقوع پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شبہی التهاب (chronic bronchitis)

اور ذات البجنب (pleurisy) سبب ہوتے ہیں
 یعنی شش کا ایک اہم گروہ وہ ہے جو مختلف کارخانوں اور کانوں میں کام کرنے والے
 کاریگروں میں ہوتا ہے اور جسے تتریب الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔
 اس میں کوئلہ، وصحات، مثلاً، کرند (emery) کھار پتھر (quartz) روئی کے ریشے،
 روئوں (fluff)، وغیرہ کی گرد سے بھرے ہوئے کردہ ہوائی کا متواتر استنشاق ایک
 طویل المدت منبع خراش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ خراش
 آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً شش فحیمیت (anthracosis)
 (کوئلہ کے براہ سے)، سیوی صوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے)
 جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی، سیوی اسبستوسیت (asbestosis)
 (اسبٹاس سے)۔

مرضی تشریح - تلیف (fibrosis) شش کا حیز مظہر ہوتا ہے جب
 یعنی شش ذات الریہ یا شعبی التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے تو لینی ساخت کے ذریعہ
 جوشش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبت چھوٹے شعبات کی دیواروں کے التهاب
 سے، اور گرد شعبی التهاب عروق لمفائیہ (peri-bronchial lymphangitis) سے
 پیدا ہوتے ہیں (جیسا کہ شعبی ذات الریہ میں بیان ہو چکا ہے) جس کی وجہ یہ ہے کہ
 انیوبات کا درونداری کی بافت (granulation tissue) سے بالکل محدود ہو جاتا ہے۔
 چنانچہ یہ انطما سی شعبیاتی التهاب (obliterative bronchiolitis) دراصل
 وہی عمل ہے جو تمدد الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثناء اس کے
 کہ آخر الذکر حالت میں نسبت بڑے انیوبات ماؤف ہو کر کھپے بن جاتے ہیں۔ اسی
 وجہ سے تمدد الشعب اور لینی شش عموماً ایک دوسرے سے متلازم ہوتے ہیں لیکن اگر
 التهابی عمل صرف چھوٹے انیوبات تک محدود ہو تو صرف لینی شش پیدا ہو جاتا ہے
 (10) یعنی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن
 ہے کہ شش کی قدرتی جسامت گھٹ کر صرف دو ٹکٹ یا آدھی ہو جائے شش کے
 انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احتشاء اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً صرف
 ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہذا واسطہ (mediastinum) اسی سمت کھینچ

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارے شش متغیر ہو کر لیفی یافت کا ایک کیفیت تو وہ بن جائے وہیضہ کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چھانوں کا رمادی رنگ ظاہر کرتا ہے (of various shades of grey) اور قوام میں لوچدار (tough) اور چاقو سے کاٹنے پر کرکرا (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورائزاد (pleurogenous) اساتوں میں ان ڈور کی پیدائش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اساتوں میں شش ایک دبیز لیفی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور ممر۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض جن میں یہ شناخت میں آجاتا ہے، عموماً پہلے ہیمنوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس بھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں جو شش کے کہفوں کی صحت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر دہلا پتلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور بہر حال وہ کچھ عرصہ کے لئے اس بخار شب عرقی (night sweating) اور عام بنیخی اختلال سے متبرک ہوتا ہے، جو کہ سل ریوی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مریض عموماً ایک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی تناظر جانب باز کشیدہ (retracted) شائے دے ہوئے اور عظم الکف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدم القلب باؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندرست جانب بیش لگی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ باؤف جانب صرف خفیف سی بھیلیتی، اور قرع کرنے پر اضم (dull) ہوتی ہے۔ جب چھوٹی نالیاں مطموس ہوتی ہیں تو ہوا کا داخلہ کم ہوتا ہے، ورنہ شعبی تنفس، شعبہ صوتی (bronchophony)، صدکلامی (pectoriloquy) اور متغیر لفظات ہوتے ہیں۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تغیر پذیر ہوتا ہے۔ باؤف شش لاشاعوں سے کچھ غیباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے اور پسلیاں ”کچیرل پن“ (”roof tiling“) ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی دباؤ یا گرنہ شکلی (”clubbing“) (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی فنشل قلب موجود ہو۔

تشخیص۔ اس حالت کو سِل ریوی (phthisis) فرمن انصبابی ذات الحجب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سِل ریوی سے شناخت کرانے والا خاص مظهر بخار کی اور مینجی انتشار کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جانبی اور قاعدی ہوتا ہے، برخلاف سِل ریوی کے جو عموماً راسی ہوتی ہے اور دوسرے شش کو موقوف کئے بغیر شاذ ہی ایک شش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں بُناق میں عصیات تدریجاً نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الحجبی انصبابی (pleuritic effusion) جیسے ساتھ سینہ باز کشیدہ ہو، یعنی شش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ دسرون صدری سرطانی سلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگزشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ در و اور وسیع تجدد ہوں اور دباؤ یا قلب کی غیر وضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔ لاشعاعی امتحان ہمیشہ عمل میں لانا چاہئے اور اسی طرح شعبہ بینی۔ انداز بالآخر خراب ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ مرض کا مرنہایت سست ہو اور دس یا پندرہ سال کی وسعت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات شغایاب ہو جاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے یا تدریج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہو جاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کر دماغی خراج سے واقع ہو سکتی ہے۔

علاج۔ مریض کو حتی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور رسمی حالات میں رکھنا چاہئے۔ اسے گرمی میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سرمای میں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہئے۔ ہر زمانہ میں سروی لگنے سے بچنا چاہئے۔ اور مغذی خوراک اور مقویات جیسے کونین، فولاد (iron) اور کاڈلیور آئیل (روغن جگر ماہی) استعمال کرتے جائیں۔ کھانسی، نفث اور دوسرے علامات جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس کی ہدایت سِل ریوی

اور شعبی التهاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔

نشس فحشیت۔ کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے، گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جمنا پایا جاتا ہے یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاہ نظر آتے ہیں۔ کاربن تدرن کے خلاف حفاظت کرتی ہے۔ تاہم بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں ریوی متوانیت (silicosis) واقع ہو کر مرنے سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں، ششوں میں پتھر کے ریزوں کی مقدار طبعی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

س ریوی متوانیت (silicosis)۔ یہ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا صنعتی مرض ہے جس کے لئے کارگر کو معادضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے اور جنوبی افریقہ میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے شش اور جذری غدود (root glands) کا گرہ کی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ اس سے لاشعاعی ظہر میں ایک یا دونوں ریوی میدانوں کے بالائی نصفوں میں ایک ممیز یکساں غیسر متعلق چتھی دار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غبائشیں (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تدرن میں ہوتی ہیں اگرچہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ شک پیدا کرتا ہے ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں شعبی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدائی علامات بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی ”زکام“، سانس پھولنا اور مستقل نفث پایا جاتا ہے گوکہ لاغری بالکل نہیں ہوتی۔ لیکن ذات الجنب بھی ہو۔ ساری قسم میں تدرن کا اضافہ ہو جاتا ہے کیونکہ استنشاق کے بعد پتھر کے ریزے آبدگی کی وجہ سے لوتنی سلک ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ وصاتی سلیکیٹ (silicates) بھی بانفوں کی CO₂ کے ذریعہ سلک ترشہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک ساری سلی تودہ ظہور میں آتا ہے جس میں

تخرک کا ایک مرکزی حصہ اور اسن کے گرد اگر دالہتہابی نہیں ہوتی ہیں۔ عصبیات درنیہ جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں باقیوں ان سے نیٹ سکتی ہیں، مرکزی رقبہ میں سرعت سے نکاثر کرتے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آ جاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلم میں کے غیر شفاف رقبہ جات جہامت اور توزیع میں زیادہ بے قاعدہ ہو جاتے ہیں، ناچوں کے سایے زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں اور احصا بت ایک پورے طور پر نمو یافتہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہو جاتی ہے۔ مرض کی تخریر یہ ہے: گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد ہوا کے جھکڑ سے صفائی کر دینا (blasting) گرد کو بٹھانے کی غرض سے پانی اور عمدہ تروبیج۔

سریوی اسبستوسیت (asbestosis)۔ اسبتوس، لوہے اور ایلومینیم (aluminium) کا ایک سلیکٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۶ سے لیکر ۱۲ سال کے کام کے بعد نمایاں ہوتا ہے۔ زیریں لختے خاص طور پر مآؤف ہوتے ہیں اور ایک منتشر تلیف اور پلوراکی بڑھی ہوئی دبازت ظاہر کرتے ہیں۔ ڈائفرام دبیز اور غضروف کی طرح سخت ہوتا ہے اور شش کے قاعدے میں مداخلت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی میز بے قاعدہ یا گالے جیسا منظر پیش کرتی ہے۔ آخر کار تمدد الشعب رونما ہو جاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ باقی میں میز اسبتوسی اجسام (asbestosis-bodies) پائے جاتے ہیں، لیکن باقی ہر طرح سے علامات یعنی شش کے ہوتے ہیں۔

شش کی گنگرین

یہ ایک مقابلہ شاذ عارضہ ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کی گنگرین حادہ لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقہ اختتام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کا انحصار فریڈ لینڈر کے عصیہ پر ہو، اور سزاؤ طور پر یہ سشش ریوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ سشش پر ہم پہلو مرض، مثلاً مری کے سرطانی سلعہ، خراجات اور متقیج کیستی و ویروں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ آور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذر سشش (root of the lung) پر انورسما کے دباؤ سے اور سینہ کی چونٹوں سے جو ذات الریہ یا قلع الصدہ پیدا کر دیں۔ شبہ میں پھنسے ہوئے اجسام غریبہ کی وجہ سے اور متقیج انہوبات کے اندر رکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرہ، مری یا واسطہ (میڈیا سٹائٹس) کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرہ کے سرطانی سلعہ، لوزین کے اغتاث (sloughing)، ڈفٹیہ یا مری کے سرطانی سلعہ] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جانے سے۔ سشش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا قلعہ کی آتش میں کھنچ کر چلے جانے سے، بالخصوص اُن اشخاص میں جو مخمور (drunk)، بھگون، قومازہ (comatose) یا شلل حنجرہ (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا سرایت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دوران میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات سشش کی گنگرین البتہ اُذن (otitis)، قروح الفراش (bedsores)، نفاسی عواض (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد قلعہ الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندی گی زاعصویات (putrefactive organisms) جن میں عصیہ ویلچ (Bacillus Welchii) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ سشش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بھورے یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، بہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ متموہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اس میں سے اکثر بدبو نکلتی ہے۔ وہ عموماً متجددات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بند ترچ منتقل ہو جاتا ہے، یا جس سے وہ ایک خط فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ ضرر بعض اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محدود گنگرینی بافت ممکن ہے کہ ٹوٹ پھوٹ کر نفث کے ذریعہ خارج ہو کر ایک کھنڈ چھوڑ دے جس کی دیواریں

پھٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہہ ایک پلیورائی ساچہ (pleural sac) میں واہو کر رہی ان ترواح الصلا (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامات۔ شش کی گنگرین جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی ضرر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے، آسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس مکن ہے کہ اس کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں یا اولیٰ ضرر کے علامات کو دھانک دیں۔ نفث تین (fetid expectoration) اور سانس کی بدبو نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر نہایت تیز ہو سکتی ہے۔ یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے اور ایک ہی کمرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ نساق میلارادی یا سبزی مائل بھورا، یا متغیر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گنگرین شش کی بافت کی دھجیاں (fragments) پائی جاتی ہیں یا خردین سے تمثیلی لچکدار ریشے پہچانے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (haemoptysis) واقع ہو جاتا ہے۔ کھانسی درد پہلو اور بے قاعدہ اور اکثر متوقف ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات تھجہ اور کھفہ کے ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی امیست (dulness)، شعبی یا کھفکی تنفس، شعبہ موتی، اور اوسط درجہ کے یا موٹے لفظات۔ لیکن تشخیص میں ان کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک مابین مرض پر ہونا چاہئے بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ مکن ہے کہ مرض قشریرہ اور درد پہلو کے ساتھ شروع ہو، یا نفث الدم کے ساتھ یا تین بکے متوالی حلوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں انکے بعد انبطاح (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے اور تنقوڑ سے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات جبینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں اور ان میں شدت علامات میں بہت تغیر و تبدل ہوتا رہتا ہے، لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں جن میں گنگرین کی غالباً ایک چھوٹی چلتی ہی موجود ہوتی ہے،

فی الحقیقت شفا یابی واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ یہ بدبودار شعیبہ التهاب (foetid bronchitis) یا تمدد الشعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔ ارسینو بنیزال (arsenobenzol) یا نوو ارسینو بنیزال (novarsenobenzol) سے کامیا بیاں حاصل ہوئی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت شگاف (antiseptic incision) اور زخم کی مسیلیت (drainage) کے تراجمی علاج سے ایک گنگرہ نخی کہفہ علاج پذیر ہوتا ہے یا شعبہ بینی استعمال کی جاسکتی ہے۔ غلبہ پر اس وقت غور کرنا چاہئے جب کہ یقینی تشخیص ہو سکے اور متلازم حالات بھائے خود ہلاکت خیز نہ ہوں۔

ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیقہ درنوں (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے جو حاوی طور پر پیدا ہو جاتی ہیں اور اس میں عصیات و درنیہ کسی دوسرے حصے مثلاً شعیبہ یا عتقی غده سے یا ایک مفصل یا گروے سے یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے ذریعہ منتقل ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ حادثہ شکل اکثر ایک ایسے عام و خفی تدرن (general miliary tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے جس میں درنی التهاب سبھا یا عموماً ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک مظہر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریریا تصور کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سل سیریوی (phthisis or consumption) بالعموم یا اواخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے عموماً اس میں چھوٹے درنوں (tubercles) پیدا ہوتے اور نکا کر تے ہیں اور مختلف درجہ کی سرعتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداً بالکل مقامی ہوتا ہے،

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضووں خاص کر نبضی میوید، نبضی سبجیلہ اور نبضی عنیدہ میں زک کے فعل سے مدد ملتی ہے۔ اسی سِل (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے جو درنی عصیات کے استنشااق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداء راس کیوں متاثر ہوتا ہے، بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Keith) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویج یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وچیرہ ہے کہ صدر کا قلعہ نسبتاً حرکت ناپذیر ہوتا ہے اور سب سے زیادہ حرکت و انفرام پیر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویج راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے، لہذا یہ بھی ہونا ممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں مادی (favourable nidus) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی، یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہو اور عنقی عروق لمفائیہ کی راہ سے پلئورا کے پار راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سِل ناچھ (hilum phthisis)، یا گد شجی سِل (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے، جس کا وقوع بالعموم میں کیتھ کم عام ہے، لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص مزر ششی غد کی اور ان عروق لمفائیہ کی تدرنی در ریختگی ہے جو گرد و پیش کے شش سے آکر ان غد کے اندر میل ہوتے ہیں۔ پہلے توضیح کر دی گئی ہے کہ ان اصابتوں میں شش ہی اولی ماسکہ (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لمفائیہ ورنی عصیات کو اخذ کرتے اور بتدریج اس عمل میں معنوق (choked) یا مسدود ہو جاتے ہیں، اور یہ عمل ناچھ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سِل ناچھ پھیپھڑوں میں کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حادثہ ریوی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہا سال کے عرصہ میں شفا یاب ہو جاتی ہے، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریوی ندبات، (pulmonary scars) جو امتحان بعد المات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

ہیں، زمانہ طفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں، جواب ناپید ہو چکا ہے۔ ایسی حالت میں بالغوں کی راسی سل (apical phthisis) ما بعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امر میں کہ وہ مریض جسے ایک بار سل نا فح ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر خاصیت رکھتا ہے یا خاص طور پر اس کی قوت مدافعت رکھتا ہے شبہ کی گنجائش ہے۔

تدرن نما (epituberculosis) بچوں میں شش کا وسیع نتیجہ ہے جو کہ ایک چھوٹے سے تدرنی ماسک کے گرد واقع ہو جاتا ہے۔ تجمذات خود درنی اریکی بات کا بنا ہوا نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوعی درنی شش کی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس ورم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے مثبت نتیجہ پہنچتا ہے مشابہت رکھتی ہو، (چنانچہ یہ ٹیوبریکلن کے اثرات کے بعد فی الفور نمودار ہو جاتا ہے) یا ممکن ہے تدرنی غدہ کا ایک شعبہ پر دباؤ پڑنے سے وسیع ہو جاتا ہو، کیونکہ جب تدرنی غدہ کو دور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے (57)۔ ممکن ہے اضمیت اور شمی تنفس موجود ہو اور لاشعاع بالعموم دائیں شش کے وسط میں ایک ہموار سایہ ظاہر کرے جو کہ نا فح سے پھیلتا ہو اور جس کا اس محیط پر ہو۔ اس رقبہ کے بزل پر درنی عصیات دریافت ہوئے ہیں۔ اس کو ذات الریہ سے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کار اس نا فح کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انحلال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے۔ تدرن نما کا انحلال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے۔ انداز اچھا ہوتا ہے۔

تدرنی ششخیات الریہ (tuberculous broncho-pneumonia)

164

ایک حادثہ تدرنی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نو عمر بالغوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جینی تدرنی ماسکات (caseous tuberculous foci) 'موہ آواز پذیر کھنکی ٹکوپین' کے پھیپھڑوں کے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جینی غدہ متفرج ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کھل جاتا ہے، اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رساں مادہ بذریعہ استنشاق سانس پھیپھڑوں میں بسرعت منتشر ہو جاتا ہے۔ عموماً اس خاص طور پر موقوف نہیں ہوتا۔

حاد ذات الریوی سل (acute pneumonic phthisis) جسے ”سل رکش“ (galloping phthisis) یا سل سریع (phthisis florida) کہتے ہیں، ایک اور بھی زیادہ حاد عمل ہے اور بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

ریوی تدرن کے اسباب پر پہلے عام تدرن کے ابواب میں بحث ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سل ریوی کی مرضی تشریح - پھیپھڑوں کے اندر رجنے (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور نمویاب ہوتے ہیں، اور ان میں اُن کے عفرتی غلیات کے نظامات (giant-cell systems) اور ان کا تجتین ہو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی ضرر میں یہ عمل ایک چھوٹے مہتہائی شعبہ کی دیوار میں شروع ہوتا ہے۔ تجتین (caseation) واقع ہوتا ہے، اور درنی تو وہ ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شبہ کی راہ سے ہوتا ہے اور ایک دقیق کہف بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجتین اور کچھ خصلوی التهابی ارتشح (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے متحد ہو جاتی ہیں۔ یہ ٹھوس رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں، اور ان میں چھوٹے سپید جینی درسنے پچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں، اور زیادہ کہنی تکوین (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً بتحد خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجتین اور تقیح کے ایک مخلوط عمل سے کہف بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا ہم پہلو کہفے ایک دوسرے میں مل کر بالآخر شش وسیع طور پر کھوکھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتاً ابتدائی درجوں میں اکثر جینی جاؤ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن پرانے کہفوں (vomicae) میں یہ بالکل چکنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر بندوں یا سہکوں (trabeculae) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں، جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اتلافی عمل کی مدافعت کرتے ہیں، لیکن شعبات ٹھکڑا جھکڑا کہفے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ متفرق ہو جاتے ہیں، اور ہر کہف کے اندر ایک یا زائد شعبات داخل ہوتے ہیں۔ کہفوں (vomicae) کے مافیہ جینی مادہ، شش کی بافت کا چورہ

(debris) اور پیسپ ہیں۔ آخر الذکر شے پرائے کہنوں میں غالب مقدار میں ہوتی ہے۔ اس کی مقدار تیز پذیر ہوتی ہے اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ عرصہ ہائے دراز تک کوئی نفث نہیں واقع ہوتا۔ سل ریوی کے کہنوں کے اندر واقع گندیدگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

درنہ کا پہلا جماؤ بالائی لختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے زیر ترقوی خط میں ہوتا ہے اور پھر تازہ بہ تازہ جماؤ اس سے نیچے اہل پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ بلا واسطہ راست (direct contiguity) سے لمفائی مبادی سے اور نہ یادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے ان کے اندر سرایت رساں ذرات استنشاق کے ذریعہ اگر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ مکن ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نوبتہ نیچے کے لیولوں پر درنہ نہیں پہلا ضرر بہت کچھ تہجد پیدا کر چکا ہو۔ ازاں بعد اس وقت جب کہ درنہ قاعدے کے طرف جم رہا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ متہجد ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کہفہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نہ صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے پھیپھڑوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسع مرض کا پایا جانا اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت یا ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو کا ملنا عام ہے۔ لختہ زیریں کا اولی ضرر (اولی قاعدی رسل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

ان اصداتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت اپنی ذرح کی ہوتی ہے مکن ہے کہ صراحت کے کسی اولی ماسکہ سے بساق کا استنشاق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور پھیپھڑوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے جگہ اجداماسکات کم و بیش ہر ماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ جتنی مادے کے خارج ہو سکنے سے پہلے مکن ہے کہ ہر ثانوی ماسکہ کے گرد کاشش درمیختہ ہو جائے۔ سارا شش کچھ تو جینی اور کچھ جیلاتین نما مادے سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے اور آخر الذکر

مادہ شش کے اس جزو کی نمائندگی کرتا ہے جبکہ اٹلاف اٹناکل طور پر نہیں ہوا ہے (جینی
 لختی ذات الریه: caseous lobar pneumonia) حاد ذات الریه
 سل (acute pneumonic phthisis) دو سری مثالوں میں امتحان بعد المات
 میں بڑے بڑے کہنے اٹنائے عمل تکوین میں پائے جاتے ہیں اور ان کی دیواریں نہایت
 پٹھنی ہوئی (ragged) ہوتی ہیں۔ اگر مریض اس سے کم ترقی یافتہ درجہ میں مر گیا ہو
 تو شش کثیر التعداد حد اکا نہ جینی اور جیلاتینی رقبہ ظاہر کرے گا، جن میں ابتدائی
 کہنی تکوین پائی جائے گی (جینی شعبی ذات الریه: caseous broncho-
 pneumonia) کیونکہ ان رقبوں کو باہم مخلوط ہو کر منتشر ذات الریه حالت
 (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دینے کا وقت نہیں ملتا ہے۔

لیکن اصابتوں کی غالب تعداد میں اس عمل اٹلاف کو پورا موافقہ حاصل
 نہیں ہوتا۔ انتہائی تغیرات مختلف اصابتوں میں فعالیت کے تغیرات ظاہر کرتے
 ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے فمر میں ایک یا زائد بار طول عرصوں تک
 موقوف ہو جائے، یا بلکہ ابتدائی زمانہ میں ہی دب جائے، اور آگے نہ بڑھے۔
 یہاں لیفی یافت کا نو ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ یہ سوائے نہایت حاد اصابتوں
 کے سزاوری غیر موجود ہوتی ہے، اور مزمن اصابتوں میں مرضی شش کی باقی ماندہ
 یافت کا ایک بڑا جزو بناتی ہے۔ سنجہ شش میں بین نخت کی فصالت کے عمر میں
 اس کے کثیر التعداد بند دوڑتے ہیں، شعبات عروق و مہیہ اور کہفوں کو گھیرے
 ہوئے ہوتے ہیں، اور حشائی پلیوراکے نیچے ایک کثیف تہ بناتے ہیں (لیفی سل
 fibroid phthisis)۔ یہ لیفی یافت اکثر ملون ہوتی اور جابجا جینی تو دووں کے
 ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہفوں کی جسامت کو کم کر دینے کا
 رجحان رکھتی، اور اٹلافی اعمال کے مقابلہ میں کیقدر مزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور
 بعض موافق اصابتوں میں در نہ کا ایک چھوٹا جاؤ بالآخر تمام تر متغیر ہو کر ملون لیفی بافت
 کا ایک تو وہ بن جاتا ہے، جو فی الحقیقت تندرست شش کی اتنی ہی مقدار کی جگہ
 لے لیتا ہے، مگر دیگر لحاظ سے بے ضرر ہوتا ہے۔ جینی مادے میں کیسیم کے ملحقات کے
 بہاؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کھسی ذرات کا ملنا غیر عام نہیں۔

اور ایسے ندبہ (eicatrix) کے گرد وہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جسے تعوی یعنی نقحاج کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶) تاہم یہ نہیں سمجھ لینا چاہئے کہ یعنی بافت کی تھوین اور تکلیس ہمیشہ اندامی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X-ray examination) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے حماؤ بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہو جائیں، اور پھر مریض کو دوبارہ صحت کلی حاصل ہو جائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک صاف پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی فائبرینی انصباب نہایت عام ہے، اور یہ یا تو اس مرض میں بہ دیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصباب خون کے رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اسکے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندام پذیر ہو تو وہ بھی تدریج جذب ہو جائے، یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کے ماؤف حصے پر لینی بافت کی ایک دبیرتہ کی تلوین ہو جاتی ہے، جو شش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے۔ شش کا یہ انضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ اگر عمل اکٹھا (process of excavation) سطح کے طرف ایسے نقطہ پر بڑھے جو منصفہم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہفہ (vomica) متفرج ہو کر اپنے مافیہ پلیورائی کہفہ کے اندر خارج کر دے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک حادثات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہو جائے جو عموماً ریسی قسم کا ہوتا ہے (یعنی تقیحہ الصلہ ہو جائے)، اور دویم یہ، پلیورائی تاجیہ کے اندر ہوا داخل ہو کر اسٹرواح الصلہ پیدا ہو جائے، اور اگر سیال موجود ہو تو ایک آبی یاریمی اسٹرواح الصلہ (hydro-or-pyopneumothorax) ہو جائے۔

امٹاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہ فنرف (haemorrhage) ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ صرف امٹلا (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر در نہ کاراست حملہ ہو جاتا ہے اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متآکل (eroded) ہو جائیں، یا وہ کمزور ہو کر قمع ہو جائیں اور اس طرح انور سے بنادیں جو کہ مٹریاسیم کے بیج کی جسامت تک پہنچ کر بالآخر اپنے سب سے زیادہ پستلے حصے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

مکن ہے کہ سہل ریوی کے دوران میں تدرن کا حملہ جسم کے دوسرے حصوں پر ہو جائے۔ مزار (glottis) کی راہ سے ورنہ آلودہ سہل (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گزرنے سے سنجری ورنہ (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ سہل کے نکلنے اور غذائی قنال کی راہ سے اس کے بتدیج گزرنے سے لفافہ لہنی یا آنخور (caecum) کا ورنہ تقرح اور ناسور مبرز (fistula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ باریطون (epididymis) 'منوی حویصلات' (vesiculæ seminales) 'رحم اور اُس کے ضمیمہ جات' پسیوں اور ریڑھ کی ہڈیوں کا تدرن [اور اس سے پیدا ہونے والے خراجات] جیسے کہ خصری پھوٹا (psaos abscess) [اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تدرن] ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے اور یا تو اُس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض ممالوں میں ایک اتالی ہاسک کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تدرن (general tuberculosis) 'معہ التهاب سہا یا (meningitis)' اس منظر کو ختم کر دیتا ہے۔ ایڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفا خانہ کی مہلک امیابتوں کی ۲۰ فیصدی تعداد میں جگر، طحال، گردوں اور امعاء کا چربشی مرض (lardaceous disease) یا یوگیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد امیابتوں میں عدم دمویت یا ریوی تھوہ (aeration) کی قلت کے باعث عضلہ قلب شمی انحطاط ظاہر کرتا ہے۔ مزمن لہنی مرض (chronic fibroid disease) میں دایاں بطن بیش پروردہ (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شمی جگر عام ہے۔

سہل ریوی کی سرمدیاتی روڈاؤ۔ سہل ریوی ایک تیز یا ایک سست مرض سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اس امیابت پر ہوگا جو چھ ماہ سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔

مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی امیابتیں کھانسی اور مخاطی ر

یا ریوی نفٹ سے شروع ہوتی ہیں، جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا، یا جو سری لگنے (chill) یا کشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفٹ الدم (haemoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض ظاہر اچھی صحت کی حالت میں رہا ہو اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسیقتدرا کر جب کہ وہ یہ حالت آرام ہو یا چل رہا ہو یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار نہ پڑے، حلتی میں ایک گدگد سی محسوس ہوتی ہے، مریض کھانا کھاتا ہے، اور اسے یہ دیکھ کر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس یا ایک پائونڈ کا نفٹ کرے۔ ممکن ہے کہ یہی ایک علامت رہے اور سینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہ ہو، لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر کھانسی اور نفٹ نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ اصابت دوسری اصابتوں کی طرح نمودار ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی لختہ میں حادثات الریوی کیفیت نمودار ہو جاتی ہے، جو صرف جزئ صاف ہو جاتی ہے، لیکن کھانسی اور نفٹ جاری رہتے ہیں اور اصابت میں سہل کے تمام مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات البجنب اور اسکے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کلی طور پر شفا ہو جائے اور یا نیزہ اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہو جائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا مرنہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ مریض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں، خواہ یہ نفٹ الدم ہو، یا کھانسی یا لانفر (wasting)، اگر آب و ہوا اور اصول صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کلی طور پر از سر نو حاصل کر لیں۔ اور یہ غرضہ دراز سے معلوم ہے کہ اُن اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں، یا ایسے

مرض سے مرے ہوں جن کاشش سے تعلق نہ ہو، راسین (apices) میں ندبی (eicatricial) اور ملون چکیاں، شاید کلسی جاؤ کے ساتھ پانی جاتی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جاسکتا ہے کہ یہ باہق درون کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرانے سے پہلے سرایت خوب قائم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں مہلک ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلاک کرنے سے پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی، اکثر وہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے اور پھر بہ سرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ در آنحالیکہ زیادہ سریعہ اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ شش کی وسعت کی وجہ سے مہلک ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے ضررات ہوتے ہیں جیسے کہ نفث الدم، تفتیح الصدر اور شعی التهاب۔ دوسری وہ ہیں جو دور افتادہ اعضا کو ماؤف کر دیتی ہیں جیسے کہ تدرنی التهاب سحایا (tuberculous meningitis)، تقرح امعاء اور اسہال، التهاب (nephritis) اور احشاء کا چربی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات - اب یہ کیقدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے جائینگے :-

کھانسی - یہ ایک نہایت عام علامت ہے، اور گویا ہمیشہ نہیں، تاہم عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک جس کا انحصار بئاسق کی مقدار اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ جب کھنکھہ وسیع ہوں اور بئاسق ماؤف لختہ کے اسفل حصول میں تہ نشیں ہو جائے تو کھانسی طویل حلوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے جو مریض کے لئے درد انگیز اور اس کے اس پاس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تک جاری رہتے ہیں۔ حنجری پیچیدگیوں کے ساتھ کھانسی ایک بھڑائی ہوئی (hoarse) یا رُوکھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔
 جھکھر (dyspnoea) - سانس کا پھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شہمی شنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخر الذکر بعض اوقات حساسیتی ورم (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں شش کا زیادہ سے زیادہ حصہ مرضی ہوتا جاتا ہے اور اس طرح خون کی کیسوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کارآمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، بہر بھی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث - ابتدائی درجوں میں یہ شہمی الہتاب کے بُساق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنی یا تو وہ محض مخاطی ہوتا ہے یا مخاطی ریوی۔ اور اس کی توجہ اس شہمی الہتاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سِل ریوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُساق بعض اوقات مقابلتہً ابتدا ہی میں، اور ما بعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی ریوی ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ سبز یا سبزی مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل مبرا ہوتا ہے جب وہ نہایت سیال ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُساقات باہم مخلوط ہو کر اپنی جداگانہ شکل کھودیں۔ لیکن سِل کے بُساق نفث کے بعد اکثر دیر تک مجد اُجدار ہتے، اور وہ اس گول چپٹی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُساق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، ”مُسکد“ ”مُسنّا“، ”nummular“ کہلاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ شش کے کہنفوں میں افراز کے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سِل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن اصابتوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے جہاں متع شبات کہنے پیدا کر دیں (تند الشعب: bronchiectasis)۔ عصبیات درنیہ کا خرد بینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

نفث الدہر (haemoptysis) - جب نفث الدم سِل ریوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ کا اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر مقداروں میں نفث سے خارج ہوتا ہے اور عام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گٹے (pellets) کھوکتا رہتا ہے، جن کا رنگ

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے، اور جو بتدریج کم کثیر الوقوع ہو کر پھر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قائم ہو چکا ہوتا ہے غصائی ریمی یا ریمی بساق میں اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بساق میں چند دھاریاں شبی مخاطی جھل میں کے چھوٹے عروق سے آ سکتی ہیں، لیکن سب ریمی کا زیادہ ممیز خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بساق کے ساتھ ملا ہوتا ہے، یا جے ہوئے خون کے گلوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے نزقات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون، معمولی افراز سے الگ ہو کر نکل آتا ہے اور اگر کوئی بڑی رگ متفرج ہو گئی ہو، یا اگر ایک کہفہ میں کا ایک چھوٹا انورسما مشقوق ہو جائے (جو صورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو تھوڑے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونس یا ایک دو پائنٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت بہ سرعت واقع ہو سکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کیتقدر زیادہ رجحان رکھتا ہے اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبعی امارات۔ سریریاتی نقطہ نظر سے راسی سِل (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt) کی جماعت بندی)۔ درجہ اول میں جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے، مرض ایک یا دونوں راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجہ دوم میں شجہ ہوتا ہے اور مرض ایک لختہ کے سارے یا زیادہ تر حصے کو ماؤف کرتا ہے۔ درجہ سوم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہنی نکوین بہت ہوتی ہے۔

طبعی امارات انھیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کیے جاتے ہیں۔ درجہ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں، اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا ماتھے کے ذریعہ ماؤف یا پر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی شش نہایت کی جائے۔

اس مقصد کے لئے سکون کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ راس کا یہ احتیاط قزع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سُر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) پائی جائے۔ طبی حالت میں راسی گمک کا ایک ۵، ۵ تا ۵ سینٹی میٹر (۳/۴ انچ تا ۲ انچ) چوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (خاکنائے کرائنگ: Kronig's isthmus)۔ بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے ترقوی ہڈی پر یا فوق الترقوی حفرہ (supra-clavicular fossa) میں سُر کی کمی (impaired note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہئے۔ استماع سے اکثر ڈھیلی خرب (vesicular murmur) کی کمی (diminution) اور باریک یا اوسط درجہ کے لفظات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں جو کھانسنے کے بعد پہلے شہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفیری خور بلند اور لمبا ہو سکتا ہے جیسے کہ شعبی تنفس میں اور ممکن ہے کہ صوتی گمک (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفیری خور جس کے ساتھ بلند صوتی گمک ہو، سندرست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعموم ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہہ سکیں کہ راسی سل کی شہادت موجود ہے، غھوڑے غھوڑے وقفوں پر مکرر امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ سُر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لفظات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات قسقی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چٹخنے والے لفظات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ یہ قاعدہ جھٹکے والے (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی نام نہاد و تہیہ تنفس = cog-wheel respiration) کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

درجہ دوم (تجدد) میں طبی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے

دوسرے درجہ کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ماؤف شدہ شش کی وسعت کے لحاظ سے ماؤف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کمی (impairment) ہوتی ہے۔ اور جب ترقی مرض غیر معمولی طور پر سریع نہ رہی ہو تو ترقوی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں صریح تشیب ہوتا ہے، جو یعنی ساخت کے انقباض سے، یا شاید بافت کے اس ابتدائی ترین اتلاف سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے کہنے پیدا ہو گئے ہیں، جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبعی امارات سے نہیں پہچانے جاسکتے۔ بول بول اصابت جاری رہتی ہے قمع کرنے پر گمگم کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن یہ اہمیت (dulness) (شادی) اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلیورائی انصباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتفاع (pitch) کا شجعی تنفس سنائی دیتا ہے، اور آواز اور کھانسی بلند شبعہ صوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ متنم لفظات (consonating râles) اور مختصر خراش (short rhonch) عموماً سنائی دیتے ہیں۔

168

درجہ سوم (اکتہاف: excavation) میں جب کہ مرض کچھ عرصہ تک قائم رہ چکا ہے، ایک شش کو خط ناک طور پر ماؤف کر چکا ہے، یا دوسرے شش پر بھی حکم شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت صریح تغیرات موجود پائے جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ ماؤف جانب پر سینہ انتہائی زہیر کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ وہ چپا، لمبا، اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلواں ہوتا ہے۔ عظم الکف کا زاویہ زیریں اندر کی طرف بہٹ جاتا ہے، اور اوپر والی پسلیاں سامنے کی طرف ایک دوسرے سے عرصاً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے والی پسلیاں باہم مجتمع ہوتی ہیں، اور شش اسینی زاویہ (epigastric angle) گھٹ کر اپنی صغیر ترین جامت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشعاعی منظر پیش کرتا ہے، جسے کھیریل پن ("roof-tiling") کہتے ہیں۔ عمومی تنطق صحفہ الف (Plate 6, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ سینہ میں اس عام تغیر کے علاوہ، سینہ کے بالائی حصے کی باز کشیدگی (retraction) اور سا تھ رہی اس کی



الف - ترقی یافتہ کل ریوی کی وجہ سے شے شے کا وسیع تنقظ اور دایں رسال پر تکلف موجود ہے۔



ب - دایاں پیلورانی انصیاب - (یشعاع ٹکاشتیں مسر لنڈ سے لاک فے لی ہیں)
 بالقابل صفحہ ۱۱۹

حرکت کی ایک متناظر کی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سراسیمہ (dull note) ہوتا ہے، خواہ کہنے موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہفہ بڑا ہو تو ایک بیش گلی (hyper-resonant) سراسیمہ ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہفہ شعبی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو اور مریض کا منہ کھلا ہو اور تو قرع کرنے سے اکثر چھوٹی ہند یا جیسی آواز (cracked pot sound) یا صوتِ ظرف شکستہ (bruit de pot fêlé) نکلے گی جو سکوں کی ایسی جھنکار (clink of coins) سے کیسے مشابہ ہوتی ہے جیسی کہ دو ٹو ہاتھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کارفرما ہوتے ہیں: (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہفہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فنیہ کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر ممکن ہو کہ ہمیشی (bronchial)، کہفگی (cavernous) اور قدری (amphoric) تنفس ملے، بلحاظ اس امر کے کہ کس قدر اکہتاف اور اس کے گرد و تلیف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقتہً قدری صرف اسی وقت ہوتا ہے جبکہ کہفہ بڑا ہو۔ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہفوں پر بڑی جسامت کے کرکراہٹ دار لغظات (crackling râles) اور فلزی جھنکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہفہ کم از کم اخروٹ کی جسامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تنہد کے مقابلہ میں ممیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلا دینا چاہئے کہ اس وقت جب کہ دوران زندگی میں کہفہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد الہامات امتحان میں ایک کہفہ پایا گیا ہے۔

نظامِ دورانِ خون۔ مزمن سِل ریوی میں قلب نسبتً چھوٹا ہو جاتا ہے، جیسا کہ اس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح روں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص عامل جو اس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمئی ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استمالی ذبول (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات - اس ارتفاع تپش (pyrexia) - سل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کے تدرنی عمل کی فاعلیت کے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی تناظر عرصہ کے لئے غیر موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر ہمینوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تپش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو متفرق (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا متوقف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کسندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو ارتفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تپش گرتی ہے تو وافر پسینے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سردی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی قشریہ نادر الوقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصبح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے اشرابور پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) عموماً نہیں۔

(لاغر) (loss of flesh) اور ضیاع قوت۔ دُبلان سل ریوی میں قاعدہ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو، اور اس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شعبی نازلت سمجھی گئی ہو یہ ایک انتباہی نشان ہو۔ ایک مریض اصابت کے اختتام پر لاغر انتہائی درجہ کی ہو جاتی ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں تغذیہ اس وقت بھی خاصہ اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبعی امارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ صریحاً فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضلی طاقت جلد کمزور پڑ جاتی ہے اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ نسبت ہو کر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور اس وقت بھی

جب کہ وہ مجبور اور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کس قدر بیمار ہیں اور قوتِ رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفا کے کلی ہو جائے گی۔

عل مرد مویت (anaemia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

نرراق (cyanosis) - چہرہ کبود ہوتا ہے بالخصوص اُن حاد اماتوں میں جن میں شش کا ایک بڑا رقبہ ماؤف ہوا اور اس وجہ سے شریانی خون کا ناکسہ (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن اماتوں میں جن میں قلب کی دائیں جانب کسیندر متع ہو گئی ہو زیادہ بہین زراق ہوتا ہے جو بالخصوص وریدی دورانِ خون کے بطور (retardation) کے باعث ہوتا ہے جب کہ نظامی خون (systemic blood) سے عروقِ شعریہ کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آکسیجن خارج ہو جاتی ہے۔

انگلیوں کی گہر زشکی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام منظر ہے اگرچہ صرف یہ اُسی سے مختص نہیں۔ بقیہ انگلی کے باغر ہو جانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہو جاتا ہے۔ یہو تغیر پاؤں کی انگلیوں میں بھی نظر آ سکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بیش پرورشی ریوی عظمی و عظامی - hypertrophic pulmonary osteo-arthritis)۔

علاماتِ سوء ہضم جیسے کہ عدم اشتہا، متلی، اور قے دوراںِ عمرِ مرض میں کسی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے نفرت اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ طیب اور مرضہ کو یہ ایک خاص وقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhoea) عام ہوتا ہے۔ یہ محض نازلی حالت کے باعث ہو سکتا ہے یا لفائی (ileum) کے تفرج یا چربشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجاتیں مختلف ہوتی ہیں، بعض اوقات زرد رنگ کی غیر ہضم شدہ اور اُن میں قدر

خفاط یا خون ہوتا ہے۔ التهاب باریطون (peritonitis) ایک ورنی قرص کا نتیجہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باریطون میں کے ورنوں کے باعث ہوتا ہے، لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

مستزکرہ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصوں میں ورنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ مرضی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنجری تلہن (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفونی پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دماثل (furuncles)، قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں اور فخذی وریلی حلقیت (femoral venous thrombosis) جو بائیں طرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی تدرن کی دوسری شکلیں - ذات الریوی سل (pneumonic

phthisis) (حننازیری ذات الریویہ = scrofulous pneumonia) یہ

بہت کچھ حادثات الریویہ کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے، جس میں ایک پہلو میں درد تیز بخار، سردی لگنا (chills)، اور شب عرقی (night-sweats) کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بھی ذات الریویہ کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ اس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلتے ہیں۔ احمیت (dulness) شبی تنفس اور شعبہ صوتی (bronchophony) کے ساتھ موٹے خفاطی لفظات، متعظم لفظات (consonating râles) اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اکثر یہ حالت

ایک پھیپھڑے کی نسبت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتفاع پیش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شش کی شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زیادہ سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ تیش متوقف (intermittent) طرز اختیار کر لیتی ہے۔ یساق ربی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چوملا (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیماری یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

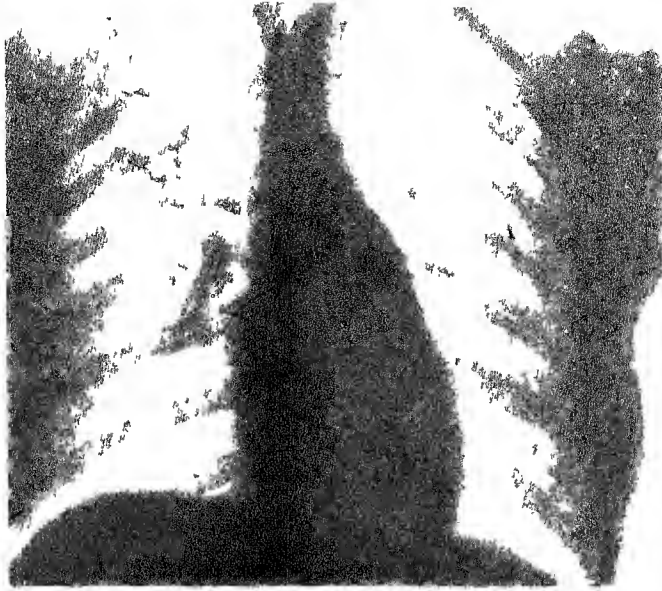
باعث (جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت افراط کے ساتھ) اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں مہلک ہو جاتی ہے۔

سِلّ ناپچھا (hilum phthisis)۔ یہ مرض کی ایک مزمن شکل ہے۔ مریض جو عموماً بچہ، اور بیض اوقات بالغ ہوتا ہے ہمیشہ تھکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ پیش اکثر نحیف سی بلند ہوتی ہے، یعنی صبح کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ اور شام کو ۷۰ درجہ فارن ہائٹ (متنبھی)۔ پیچھے کے طرف شش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب عظم الکلف کے فقری کناروں کے درمیان گھٹا ہوا سسر (impaired note) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ خاکائے کرونگ (Kronig's isthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لفظات (râles) سناؤ ہی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بالقوں میں قریبی سر میں کوئی تبدیلی نہ پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس، لاشعائیں جڑ کی طبیعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لمفائی درخیجستگی کے باعث ہوتی ہے) اور وسیع باریک ستقط (mottling) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اسی وقت جب کہ یہ کیفیت جو استداؤ مرکزی ہوتی ہے، سطح تک پہنچ جاتی ہے، لفظات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دیکھتے ہیں۔

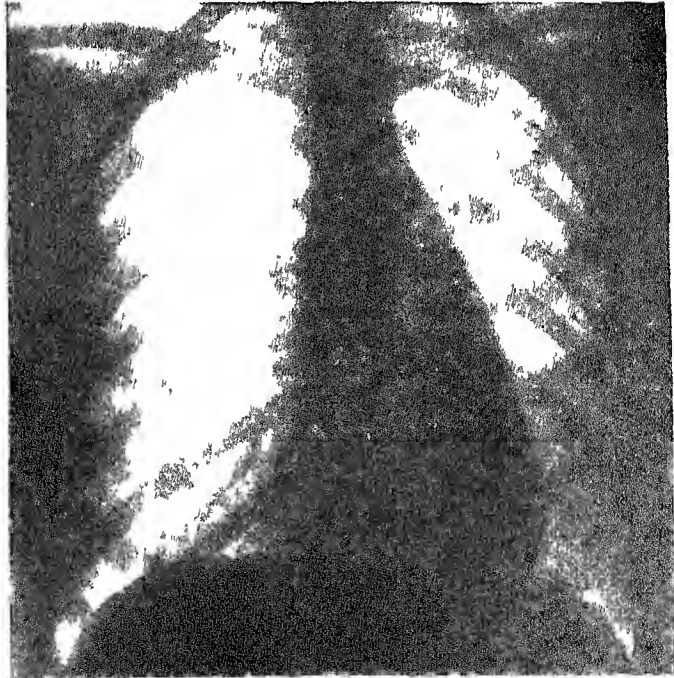
170 لیفی سِلّ (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سِلّ (apical phthisis) کی ایک نہایت مزمن شکل ہے، جو اکثر صرف ایک ہی شش کو مآؤف کرتی ہو۔ سریریاتی لحاظ سے یہ حالت مرضی شش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunken) ہوتا ہے، قلب مآؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شش اپنا کمک دار رقبہ اسی سمت میں بڑھا دے۔ اگر بائیں شش مرضی ہے تو ممکن ہے کہ طحال اور جگر اور اگر دائیں شش مآؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دُور تک اوپر کھینچ آئے۔ کہقوں کے طبیعی امارات خاص کر راس پر ہوتے ہیں، جیسے کہ سِلّ کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن کمک کی کئی شعبی تنفس اور شہہ ہوتی (bronchophony)

شائد سارے ماؤف شش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی ہو تو وہ صرف اس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔ پسینہ بھی نہیں ہوتا، اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فسل ہو، اور اس کے ساتھ سانس پھولا ہوا، استنقا اور زراق بھی۔

سل کی تشخیص۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں علامات اور طبعی امارات تشخیص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں اور سکون (quiescence) یا ایقا (arrest) کے زمانوں کے سوائے، بقیہ درجوں میں عصیات ظاہر کرے گا۔ ان کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تلوین کر کے ان کو ۳۵ یا ۴۰ قطروں کی خرد بینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل ذیل ٹیلیسن (Ziehl Neelsen) کا طریقہ تلوین عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشہ، محافظ پر بقیہ کی ایک پستلی تہ کا آلود (smear) پھیلا لیا جاتا اور آہستہ آہستہ گرم کر کے خشک کر لیا جاتا ہے، اور پھر شربیحہ (slide) کو ایک اسپرٹ لیمپ کے شعلہ میں سے تین بار گزار کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ الکحل مطلق کے۔ حصوں میں فکسین (fuchsin) کے ایک حصے کا محلول، فیئال کے ۵ فی صدی آبی محلول کے ۱۰ حصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اسے گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بھاپ اٹھنے لگے۔ اب فلم کو نیچے کے طرف رکھتے ہوئے شیشہ، محافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک ترایا جاتا ہے، اور پھر پانی سے دھو کر سلیف واکرک ایسڈ کے ۲ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اس کا رنگ اڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے اور میتھیلین بلیو (methylene blue) کے تقریباً سیر شدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضد تلوین (counter-stain) کر لی جاتی ہے، پھر اسے جلدی سے پانی سے دھویا جاتا ہے، خشک کیا جاتا ہے اور اس کا ترکیب زائلال بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے بقیہ کا اشراب ایک گینی پگ میں کیا جاتا ہے، اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دُغنی مدرن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔



الف سل ریوی میں دائیں راس پر کہفہ ہے



ب۔ وہی مریض استرواح الصدر کے امالہ کے بعد۔ دیکھو ایک چھوٹا سا کہفہ ہنوز باقی ہے؛ شش اور جداری پلیورا کے درمیان انضمام ہے اور قلب بائیں طرف کو ہٹا ہوا ہے۔ (یہ شعاع نچا ششیں سٹرنڈ سے لاک نے لی ہیں)

لچکدار بافت کے ریزے جو آخری درجوں میں بَاق کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خوردبین سے دیکھے جاسکتے ہیں جس کے لئے اُن چھوٹی ناہموار گریہوں (nodules) کو جو بعض اوقات پائی جاتی ہیں، سوئی سے کرید کر پھیلاتا چاہئے، یا بَاق کو بیس منٹ کے لئے لائیکر سوڈی (liquor sodæ) میں ابال کر نفل (sediment) کا امتحان کرنا چاہئے۔ لچکدار بافت ہر اس اصابت میں پائی جاتی ہے کہ جس میں شش کی بافت کا فاعلی اتلاف ہو۔

ریوی کے ابتدائی درجوں میں اس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبتاً بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاغری کی زیادہ بین علامتوں کے علاوہ، جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجہ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں :- (۱) تنکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہو ا کرتی ہے۔ (۲) مستقیم تپش میں تغیرات۔ نہایت ابتدائی اصابتوں میں مستقیم تپش علی الصبح اس تپش کی یہ نسبت کم ہو ا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موضوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۷ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷ بجے صبح وہ ہمیشہ ۹۸، ۹۹ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو ورزش کے ایک گھنٹہ کے بعد ۱۰۰، ۱۰۱ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہو ا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عورتوں میں مستقیم تپش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الحجب کی سرگزشت بھی موجود ہو سکتی ہے۔

ابتدائی طبیعی امارات، جو تشخیص میں کیتدر مفید ہو سکتے ہیں، یہ ہیں :- ایک راس پر گمگ کی گمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گھٹا ہوا آویصلی خریر (vesicular murmur) یا گھٹے ہوئے آویصلی خریر کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لفظات (râles)۔ راس کی تشخیص میں رائجینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات پائے جانے سے پہلے تمثیلی مناظر موجود ہوں (صحفہ ۱۷۴، ۱۶۸ ملاحظہ ہوں)۔ ممکن ہے کہ

کے ذریعہ سرخ خلیوں کی دم پاشیدگی (haemolysis) واقع نہیں ہو سکتی (30)۔
 نفث الدہر (haemoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے
 یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہئے کہ خون درحقیقت کس شے سے آتا ہے، نہ کہ معدے،
 ناک، یا دانتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر تشفی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔
 خون پھیپھڑوں سے کھانسا ہوا، سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہئے۔ اکثر اس کے
 آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے، اور منہ کی کا وہ احساس نہیں
 ہوتا، جو قئے الدم (haematemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون
 پھیپھڑوں سے آیا ہے تو مریض آزادانہ نرف واقع ہونے کے بعد عموماً چوبیس یا
 اڑتالیس گھنٹوں تک بساق کے ساتھ ملا ہوا خون تھو کے گا۔ یہ ممکن ہے کہ
 پس پیور (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت کس شے سے ہو، لیکن اس کا
 سبب متلازم علامات پر سے بامافی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نوعمر اشخاص میں
 مطرائی ضیق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگر جیل ریوی الکلیت
 اور کبجہ جگر (cirrhosis of the liver) اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، تاہم پھیپھڑوں
 سے خون کا آنا اکثر کھبت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علیحدہ
 بھی ہو سکتا ہے، اور غیر معمولی بلند نشی یا فی دباؤ کی وجہ سے بالخصوص معمر
 اشخاص میں نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات میں رو (intercurrent) شعبی التهاب (bronchitis) یا ذات الریه سے مل ریوی مخفی ہو جاتی ہے۔ ایک یا دوسرے راس پر طبیعی
 امارات کی تغنیم (accentuation) اہم ہے، نیز سرگزشت مرض نفث الدم (اگر
 وہ موجود ہو) اور بساق میں عقیوں کا پایا جانا۔ تمد الشعب (bronchiectasis)
 کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔
 تقیج الصلر کے ساتھ بخار، پسینہ اور لاغری موجود ہوتی ہے، اور اگر وہ کسش میں سے
 ہو کر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریوی بساق موجود ہوگا۔ طبیعی امارات عموماً قاعدے
 میں موجود ہوں گے۔

انذار۔ اور کسی مرض میں اصابتیں شاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

جس قدر کہ وہ سبیل ریوی میں ہوتی ہیں۔ اگر اس کی شناخت اس کے ابتدائی درجہ میں ہو جائے تو یہ اس قدر کلی طور پر شفا یاب ہو سکتی ہے کہ سرریاتی طور پر اسکے کوئی آثار نہیں پائے جاسکتے۔ بعض اصاباتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی مہینوں میں مہلک ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس، بلکہ پچاس سال تک جاری رہے اور اس سارے عرصہ کے دوران میں واضح طبیعی امارات اور علامت موجود ہیں۔ اس میں سرایت کی قہشیت (virulence) اور مریض کی قابلیت مدافعت یہ دونوں تغیر پذیر عناصر ہوتے ہیں اور تا وقتیکہ مریض کچھ عرصہ تک زیر مشاہدہ یا زیر علاج نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ اُن میں سے کون غالب رہے گا۔ ممکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہو جائے، یا دورانِ مرض میں کسی وقت بھی مریض کی محافطہ قوتیں اس قدر زیادہ ہو جائیں کہ عرصہ دراز کے لئے اس کے عمل کو روک دیں۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ خاتمہ کب ہوگا۔ تاہم بعض علامات کے متعلق معلوم ہے کہ وہ اندازہ پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ مثلاً مڈ ہرسٹ (Midhurst) کی مشاء ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سبیل کے مریضوں کی سرگزشت ہائے مابعد (after-histories) نے اخراج کے تین تا سات سال بعد پہلے درجہ میں ۶۱، ۵۱، ۴۱، ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۱۰ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt) اور ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۱۰ فی صدی اموات درجہ دوم میں۔ ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۱۰ فی صدی اموات اور درجہ سوم میں ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۱۰ فی صدی اموات ظاہر کئے۔ جب تدریجی التهابِ حنجریہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد اعلیٰ ترتیب ۹، ۳۲، ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۱۰ اور ۳۱، ۲۱، ۱۱، ۱۰ فی صدی تھے۔ اس پیچیدگی نے انداز کو بہت بدتر بنا دیا، بالخصوص ابتدائی درجوں میں (۵)۔ دوسری پیچیدگیوں کی موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے۔ انداز اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ علاج کی وجہ سے یا تو یساق نہ ہو یا اس میں عملیاتِ درتہ نہ لیں۔ انداز کا انحصار اس احتیاط کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے بعد اپنے متعلق اختیار کرے۔ بالعموم وہ مرقہ الحال اشخاص کے نسبت اہلِ حرفہ کی حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے۔ چل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے

اور یہ امر ابتداءً زچگی کے بعد مشاہدے میں آتا ہے۔

تحریر - تازہ ہوا اور عمدہ غذا، جیسی کہ مریض سل کے لئے مناسب بنائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عصبیت کے مقابلہ کے لئے اپنی باتوں کی قوت ممانعت بہترین طور پر بڑھا سکتے ہیں۔ اُن مسلول مریضوں کو جو شادی کرنے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہئے کہ اُن کی اولاد میں اس مرض کے مویاب ہو جانے کا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرایت ہو جانے کا حریح خطر ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست مکینوں کو سرایت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ درونی جامے (underclothes) اور بستر کے کپڑوں کو دھوئے سے پہلے گرم پانی میں جھکسا لینا چاہئے۔ مکان میں واقع تر ویج ہوتی چاہئے۔ تمام اصابتوں میں بساقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (۵ فی صدی کاربوئک کے محلول) کے اندر تھوکنا (eject) چاہئے اور بالآخر انھیں دس منٹ کے لئے اُبلتے ہوئے پانی میں خشک کر کے بیض (innocuous) بنا لینا چاہئے۔ تدرن زوہ مائیں اپنے شیرخوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج - ایک ابتدائی اصابت کے لئے اہم ترین علاج کال سلکون و آرام ہے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مرن اصابتوں کے لئے ایک زہریلے مادہ ہے کہ ہر ہفتہ میں ایک دن بستر میں گزارا جائے۔ دیگر ضروریات تازہ ہوا (ملاحظہ صفحہ ۱۵) اور مفطر عمدہ غذا ہیں۔ حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہئے۔ عورت میں چل نہ ہونے دینا چاہئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہئے۔

تدرن سرایت کا ثبوت بہم پہنچنے کے بعد منہ بہ بالامقاصد کو نہ نظر رکھ کر علاج حتی الامکان فی الفور شروع کرنا چاہئے۔ علاج کے کارآمد طریقے دو گروہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ ۱۔ عمومی یعنی 'دست گاہی' علاج تبدیل آب و ہوا کے ساتھ یا اس کے بغیر۔ نوعی (specific) یعنی 'یو بی کیو لین' کا علاج

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) اور سانوکرالسیسین (sanocrysin) - علامتی علاج (symptomatic treatment) بھی حسب ضرورت عمل میں لانا چاہئے۔

صحّت کا ہی علاج (sanatorium treatment) صحت کا ہی علاج کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرادئے جائیں تاکہ وہ اپنی باقی زندگیاں ایسے حالات کے تحت بسر کر سکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین جمینوں کے عرصہ کے لئے، جسے اس سے بہت زیادہ طویل ہونا چاہئے، ایسے حالات بہم پہنچا دئے جائیں جو ان کی شفا یابی کی ابتدا کرنے میں مدد ہوں۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہئے کیونکہ سردی تحول (metabolism) میں پہنچاتی ہے۔ وہ عملاً دن بھر اور رات بھر کھلی ہوا میں رہتے ہیں کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں رہنے کے کمرے اور دن کے کمرے کا مل طور پر ترویج یافتہ ہوں اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں۔ مریضوں کو عمدہ غذا دی جاتی ہے، یعنی روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دئے جاتے ہیں اور کھانے کے بعد کچی ہوئی غذا کو تول کر اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ وہ غذائی کافی مقدار کھائیں۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دی جاتی ہے جب کہ صبح کی تپش طبعی درجہ پر اور شام کی تپش (مستقیم) ۹۹.۵ سے اوپر نہ ہو۔ ورزش تپش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھا دیگی۔ اگر تپش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبعی درجہ پر نہ گر جائے تو ورزش موقوف کر دینی چاہئے۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے اور پھر ورزش کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بہر حال وہ کھانا کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے۔ اور اسے تند ورزش اور ہیجان پیدا کرنے والے کھیلوں یا تفریحات کی ممانعت ہے۔ مریض کا لباس ہوا کی تپش کے مطابق ہونا چاہئے۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے، لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ (جس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے) سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہئے۔

واقعہ یہ ہے کہ غربا کی جماعت کے مریضوں کے باحتیاط منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گاہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے کہ مریض اپنے طبعی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مدافعت مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا، لیکن صحت گاہ میں کچھ عرصہ بھرنے کے بعد اس کا یہ توافق زائل ہو گیا، اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اُسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گاہ میں چند روزہ قیام یوں بھی مفید ہو گا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا، تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں اُن پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویج، تساق کے جمع کرنے اور تلف کرنے، اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہئے، اور مریضوں کو اپنی تپش لینا سیکھنا اور جب تک تپش بڑھی ہوئی ہو بستر پر آرام لینا چاہئے۔ اس لحاظ سے تدرنی دواخانے (dispensaries) مفید ہیں۔

صحت گاہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدرنی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض مع اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں متوافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک اُنکے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیل آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جسنوبی آفریقہ، تیوریلینڈ، سوئٹزرلینڈ یا ٹاٹرا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیواکس (Davos)، مانتانا (Montana) اور ملوچا (Maloja) جیسے مقامات پر ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل پر ایک پہاڑی مقام کے تعلیاتی اثرات کہ جس کی فضا میں نسبتہ بہت آکسیجن دباؤ ہوتا ہے، عدیم المثال ہوتے ہیں (55)، اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہیجی اثر، جس سے کثرت خلیات احمر اور خون میں ہیموگلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ ہا اوقاسٹا طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیانی مقام مثلاً بال (Bâle) پر کچھ وقت پہلے گزار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے، جس سے وہ بلا سردی لگ جانے کے خطرے کے روزانہ کئی گھنٹوں تک گھر سے باہر ہر ہر لطف اندوز ہو سکتا ہے۔ اور سارا موسم سرما اُس سردی و مرطوبیت اور کھڑے محفوظ رہ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے اور گرمیاں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے، جب کہ موسم زیادہ قابل برداشت ہوتا ہے۔ سرما کی آمد کے ساتھ اسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہئے جسے وہ موافق پا چکا ہے۔ سل ریوی کے اُن مریضوں کے لئے، جنہیں ثانوی شعبی التهاب کی سرایت ہو، ایک خشک آب و ہوا بالخصوص مرغوب ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ نسبتاً کم شدید آب و ہوائیں (milder climates) فائدہ مند ہوں جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی عسل آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy) یا ماورائے بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج، جیسا کہ جراحی ندرن میں عمل میں لایا جاتا ہے، بالعموم قرین مصلحت نہیں ہوتا کیونکہ ششوں کے امتلاء کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے۔ سوئزر لینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے، تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہئے اور جراح سے شروع کر کے منکشفہ سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہئے۔ حرقت اشمس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہئے۔ مقصود یہ ہو کہ اِرمرا (erythema) یعنی جلد کی سرخی پیدا ہو جائے، جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے۔ جہاں مزین فاعلی ہو، اور محنت کرنے پر خفیف بخار، نفث الدم وغیرہ ہوں وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہئے (32)۔

ٹیوبیرکیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام دافقہ (anti-bodies) پیدا کر کے جسم کو تدریجاً سرایت سے مناعت یافتہ کر لیا جائے۔ شاید کلخ کی جدید ٹیوبیرکیولین (Koch's new tuberculin) یا 'ٹی۔ آر' (T. R.) (tuberculin Ruckstand) جو ہونوف کوہ (trituated) انسانی عصیوں کا ایک مستحلب ہے، نہایت عام طور پر استعمال ہے۔ اس کی مقدار خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اسے اُس نقطہ سے

ذرا ہی کم رکھا جائے جس پر تعامل حاصل ہوتا ہے۔ اسے غیر جموی اصابتوں میں استعمال کرنا چاہئے، اور تعامل کی شناخت کی غرض سے پورے دورانِ علاج میں تپش بہ احتیاط دیکھنی چاہئے۔ ابتداءً ایک نہایت تھوڑی خوراک دینے میں نسبتاً کوئی خطرہ نہیں، مثلاً خواہ کوئی بھی تجویز استعمال کی جائے اس کے ۰.۱ و ۰.۲ مکعب ملی میٹر، پھر تین یا چار دنوں میں اس سے ودنی مقدار یعنی ۰.۲ و ۰.۴ مکعب ملی میٹر، پھر اتنے ہی عرصہ کے بعد اس سے ودنی مقدار یعنی ۰.۴ و ۰.۶ مکعب ملی میٹر، اور پھر اتنے ہی وقفوں سے، یا ہفتے میں دوبار اسی طرح بڑھتی ہوئی مقدار یہاں تک کہ ایک خفیف، مقامی یا عمومی، تعامل مشاہدے میں آئے، یعنی مقامِ اشتراک پر قدرے دباؤ، یا بخار، درد سر، کلمندی، وغیرہ۔ یہ علامات عموماً چوبیس گھنٹے میں واقع ہو کر تقریباً اتنے ہی عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ پھر تین یا چار دن کے بعد آخری خوراک مکرر دینا چاہئے، جب کہ تعامل، اگر وہ واقع ہو تو کم ہوگا، اور جلد ہی یہی خوراک کوئی تعامل پیدا کرنے میں بالکل ناکام رہے گی۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اس مقدار کا تحمل (tolerance) پیدا ہو گیا ہے۔ اب ہر نصف ہفتے کے وقفہ سے نسبتاً بہت تھوڑے اضافوں کے ساتھ مقدارِ خوراک کو بڑھانا چاہئے یہاں تک کہ ایک تعامل واقع ہو جائے، اور علیٰ ہذا القیاس اسی طرح بڑھاتے رہنا چاہئے۔ اس علاج کی مدت چھ ماہ سے اٹھارہ ماہ یا دو سال تک کی ہے۔ برانیک (Beranek) کی بنائی ہوئی ایک پیویر کیولین کا درونِ جلدی راہ سے اشتراک کیا جاتا ہے۔ عضلاتِ ذریعہ کے خمی غلاف کو علیحدہ کر کے بنائی ہوئی ایک جدرین کے استعمال کے کچھ نتائج شائع ہوئے ہیں (34)۔

مصنوعی استرواح الصلہ (artificial pneumothorax) یہ

علاج ۱۸۲۱ء میں کارسن (Carson) باشندہ لورپول (Liverpool) نے بیان کیا لیکن یہ محض گذشتہ چند سالوں کے عرصہ میں ہی وسیع طور پر اختیار کیا گیا ہے۔ پھیپھڑوں کے تدرن کے اندمال کو روکنے والا ایک سبب یہ ہے کہ یہ بافت سینہ کے اندر منفی دباؤ سے پھیلی ہوئی رہتی ہے، اور جو کوئی کہنے بن جاتے ہیں وہ بند نہیں ہو سکتے۔

اگر کہفہ صدر کے اندر ہوا کا اشتراک کیا جائے تو پھیپھڑاؤ بکریچک جائے گا، نیز یہ ممکن ہو جائے گا جس سے اندام کو مدد پہنچتی ہے (65)۔

یہ عملیہ ان اصابتوں میں خاص کر موزوں ہوتا ہے جن میں ایک شش تو وسیع طور پر مرض زدہ ہو اور دوسرا نسبتاً تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابتوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا، لیکن موجودہ رجحان اسے زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے، فی الحقیقت ایک جانبی مرض کی ہر اصابت کے لئے جس میں تندی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے (Saugman)۔ نفث الدم، نرف والی جانب پر فوری استرواح الصدر عمل لانے کا خاص داعیہ ہے۔ اس علاج کو صفحہ ۶ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ دراصل ایک مبزل اور قنولہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک آبی فشار پیم (water manometer) سے اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آنڈ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک نپ ہوئی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جاسکے۔ جلد اور عمیق تریاقتیں ۵۔۷ فی صدی نووکین (novocaine) سے عذیم الحس کر لی جاتی ہیں۔ کچھ کا تو براہ راست یا جلد کے آر پار ایک خفیف ساشگاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہفہ پلیمور کے اندر ہے فشار پیم کے سیال کے ارتزازات سے شناخت ہو جاتا ہے اور بلاشبہ یہ سیال ایک متغی دباؤ ظاہر کرتا ہے۔ یہ ارتزازات پانی کے ہوتا ہوں گے تاہم کچھ سینٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر ارتزازات ۲ cms. سے زائد نہ ہوں تو سوئی غالباً کہفہ پلیمور کے اندر نہیں ہے جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہفہ پلیمور کے اندر ہے تو ۳۰۰ سی۔ سی تا ۵۰۰ سی۔ سی کے برابر یا فشار پیم کے نقطہ صفر کے قریب قریب ارتزاز کرنے تک اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشتراک کیا جاسکتا ہے۔

ہوا کی مکرر بھرتی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۵۰۰ تا ۸۰۰ سی سی کی مقداروں میں اور ابتدائے ہفتہ واریا پندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دئے جاسکتے ہیں، کیونکہ جذب نسبتاً کم ہوگا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دباؤ پانی کے ۱۰+ سینٹی میٹر سے

کبھی زائد نہ ہونا چاہئے۔ زمانہ ماضی میں خاص حادثہ ہوا کی سدادیت (embolism) کے باعث ہوا ہے۔ لیکن اگر سوئی فی الحقیقت پلیورائی کہفہ کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہو سکتا، اور یہی مقصد فشار ہما کے رکھنے کا ہے۔ بالکل شاذ اصاباتوں میں ناگوار اثرات، یعنی بھر اور اختلاجات، شحوب، بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدہ میں آتے ہیں، جو پلیورائی معکوسہ (pleural reflex) سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات واسطہ (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور آسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اس میں ممکن ہے کہ بے آرمی اور بھر ہو جائے۔ یہ حالت لاشعاعوں سے آسانی شناخت کی جاسکتی ہے، اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر اصابت کو لاشعاعی پردے پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے۔ بعض اوقات پلیور آندرسٹ جانب کو غبار کی یافتہ ہو جاتا ہے ("ballooning" of the pleura)، لیکن اگر ایسا بالکل علامت کے ہوتو کوئی مضائقہ نہیں۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب منویاب ہو جاتا ہے۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہونا چاہئے، کیونکہ پلیورائیں التهاب موجود ہے۔ تاوقتیکہ تیش لینڈ نہ ہوا اس خیال کو نکالنے کی ضرورت نہیں، اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہئے۔ استرواح الصدری علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی اصاباتوں کے لئے موزوں ہے، یہ ہے کہ کہفہ پلیوراکے اندر ہوا کا ایک خفیف حجم داخل کر دیا جائے، جو کشش کے درجہ تک جھٹکے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی ہبوط پیدا کر دیتا ہے درآئینہ یکہ تندرست جھبہ پھیلا ہوا رہتا ہے۔ جزئی استرواح الصدر دو جابنوں پر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ہوا کی بکر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جائے کارحجان رکھے یا جب ایک تدرنی تفتیح الصدر (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ تدرنی الصدر (oleo-thorax) عمل میں لانے کے داعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

جب مکمل ایک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ استخام دے دیا گیا ہے تو ۷۰ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں، لیکن ان

علاج میں خاص دقت، انفصامات (adhesions) کی موجودگی ہے جو بہبوط واقع ہونے میں مزاحم ہوتے ہیں اور اس صورت میں صرف ۳۴ فی صدی کامیابیاں ہوتی ہیں۔ تاہم قسٹیکہ اشتراب عمل میں لاسنے کی کوشش نہ کی جائے انفصامات کو تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر بھرنیوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو ان کو قطع کر دینے کی کوششیں عمل میں لانی گئی ہیں۔ ان کا تعین مقام ایک صدیرین (thoracoscope) داخل کر کے کیا جاتا ہے اور پھر ان کو کٹی کر دیا جاتا ہے۔ بد قسمتی سے اس قسم کے عمل کی کارروائی تدریجی تفسیح الصدیر پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے تاہم قسٹیکہ انفصامی بند کو ٹھیک محیط پر نہ قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (56، 57)۔

175

حال ہی میں دوسرے عمل یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور قلع عصب ڈایا فرامی (phrenic avulsion) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پلسیوں کے پچھلے حصے زاویوں کے ذریعہ سینے کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائندوں سے جقدر ممکن ہو اسقدر قریب تک بروں پیورائی طور پر (extra-pleurally) نکال دئے جاتے ہیں۔ کال سینہ پیوندی میں پہلی تہ سوئیں پہلی تک رب پلسیوں کے حصے نکال دئے جاتے ہیں لیکن ان اصابتوں میں جن میں مرض زیریں لختہ میں محدود ہو لائی پلسیوں میں سے چند پلسیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ہلکی اتھیری عدم حسیت (light ether anaesthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عمل کے بعد پینتالیس فی صدی مریض کام کے قابل ہو گئے ہیں (36)۔ قلع عصب ڈایا فرامی (phrenic avulsion) میں گرون کے ایک شکاف کی راہ سے ایک جانب کا فرینک عصب اس کی ڈائفرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ لیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس جانب کا ڈائفرام اوپر اٹھ آتا اور مشلول ہو جاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی اترواح الصدیر یا سینہ پیوندی کی معیشت میں یا قاعدی سل (basal phthisis) میں یا کھانسی کو روکنے کے لئے اچب وہ شش کا انفصام ڈائفرام کے ساتھ ہو جانے کی وجہ سے ہوا عمل میں لایا جاسکتا ہے (37)۔

سینوکواٹسین (sanocrysin) جو سونے اور سوڈیم کا ایک تھیرپوٹکٹیفک (thiosulphate of gold and sodium) ہے، اُن مریضوں کی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے جنہوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی تجویزیت نہ ظاہر کی ہو۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عصبیاتی درنہ پر ایک راست متعلق اثر رکھتی ہے۔ یہ عقیقہ ایمپولوں (ampoules) میں تقسیم شدہ ہوتی ہے، جن میں ۱.۰ تا ۱.۵ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں۔ استعمال سے فی الفور پہلے اس کی فلیس عقیقہ آب کشیدہ میں حل کر کے ایک ۰.۱ فی صدی محلول بنالیا جاتا ہے۔ اس محلول کا وریدی راہ سے اشرب کیا جاتا ہے، جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ تحت الجلدی بافت کے اندر تراوش (leakage) نہ ہوئے پائے، جہاں وہ خراش اور اثر رکھتا ہے۔ مقدار خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور پیچیدگیوں میں الہتہابی تغیر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہو گیا ہو، اور ضررات لیفی ساخت سے محصور ہوں، ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے۔ لیکن ماد اصابتوں میں جن میں مرض کی توسیع حال ہی میں ہوئی ہو، ایک نسبت بہت کم خوراک دینی چاہئے۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دوران علاج میں روزانہ قارورہ کا امتحان البیومین کیلئے کرنا چاہئے اور تا وقتیکہ قارورہ اڑتالیس گھنٹے تک البیومین سے معرا نہ ہو دو کی خوراک نہ دینی چاہئے۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدار خوراک ۱.۰ تا ۱.۵ گرام ہوگی۔ مگر یہ کہ تعامل ارتفاع حرارت، قے، اسہال، یا جلد پر ثورانی طفحاست (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو۔ جوں ہی کہ تعامل رفع ہو جائے، یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد دوسری خوراک دی جاتی ہے، جو پہلی کے نسبت ۰.۵ فی صدی زائد ہوتی ہے۔ اس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دیجاتی ہے جس کی مقدار اگر مریض اُس کی برداشت کر سکے تو ایک گرام تک بڑھا دیجاتی ہے۔ ایک ۱۰ اسٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس نصاب کے لئے مجموعی مقدار ۸ تا ۱۰ گرام ہوتی ہے اور اس سے ہلکے مریضوں کے لئے اسی تناسب سے کم مقدار دیجاتی ہے۔

علاماتی علاج - صحت گاہ میں دوران علاج میں دواؤں سے حتی الامکان احتراز کیا جاتا ہے اور عموماً پایا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ ساتھ علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تمام امابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مستعملہ دواؤں سے ماضیہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی - کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سریع تعلیل مشاہد میں آتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہو تو لسانی لوزہ (lingual tonsil) پر ایوڈین کی تصنیغ کرنا مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اُسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرقی (night sweating) - لائنگرائیڈوپین سلف (liquor atropinae sulph.) کا ایک قطرہ قدرے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے یا آکسائیڈ آف زینک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گرین گولی کی صورت میں، ۱/۲ گرین ایکٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً روکے جاسکتے ہیں۔ آر سی نیٹ آف آئرن (arseniate of iron) (۱/۲ گرین) یا پیکروٹاکسین (picrotoxine) (۱/۲ گرین) یا ٹینکٹور آف میکسٹامیکا (tincture of nux vomica) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ شب عرقی کے عموماً یہ معنی ہیں کہ رات کے وقت بدمرد گرم لباس استعمال کیا گیا ہے، یا مریض کی ذاتی تطہیم (auto-inoculation) خود اس کے سیات سے شدت ہو گئی ہے، مثلاً حد سے زائد ورزش سے، اور اس سے طبعیہ کی اس نگہداشت پر جو اس نے مریض کے متعلق کی ہے الزام وار ہوتا ہے۔

نفث اللہ حر - مریض کو بستر میں نیم اضطجاعی وضع (semi-recumbent posture) میں رکھنا چاہئے، لیکن جب وہ چاہے اسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت دینی چاہئے۔ سب سے زیادہ کارگر حابس الدم (haemostatic) کیلیم کلورائیڈ کے ۵ اتی صدی ٹنلول کے ۲۰ سی سی کا آہستہ سے دروں وریڈی اشراب ہے۔ ایک ساوہ ترکیب یہ ہے کہ ہفتاہ اگر کم موڈیم کلورائیڈ کے براہ دہن دئے جائیں۔

اگر مریض مضطرب ہو تو اس کے بجائے سوڈیئم برومائڈ دیا جاسکتا ہے۔ اکثر امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادواء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواح الصد کا امالہ کامیاب ثابت ہوا ہے۔ جب ادواء خفیف اور مسلسل ہو تو ایمیٹین (emetine) کے تحت الجلدی اثرات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کاروائی طریقہ یہ ہے کہ برف کی پتیلی سینہ پر رکھ کر مار فیا کا شراب کروایا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر کا ہوا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح تدرنی عمل کی ایک حادثہ وسیع پیدا کرنے میں قیام پاتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسھال۔ اس کے لئے ہمیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باقاعدگی عمل میں لانا اور نباتی حاسبات (vegetable astringents)، معدنی ترشوں (mineral acids) آفون، لیم گرین کی خوراکیوں میں سلفیٹ آف کاپر (sulphate of copper) کا یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔ پلیوریٹائی الہتھاب کے درد (pleuritic pains) کثیر الوقوع ہیں اور اکثر ان میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن (thermogen wool) سے یا سطح سینہ پر ٹنگے آف ایوڈین کی تصبیغ کر دینے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیوریٹائی الہتھاب کا انصباب (pleuritic effusion) تنناط کشش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے، اور تا وقتیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو یا نہ وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لاتے۔ جس تھج الصدر میں تفریح (evacuation) کی ضرورت ہو اس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

وافر نفث۔ اس حالت کا علاج عنونت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور منقذات سے اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی الہتھاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سرکونیچ اور پیروں کو اٹھا ہوا رکھ کر سلیت (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137) -

آتشک شش

علاوہ شعبات کے تقرحات کے اور ان سے پیدا ہو جانے والے صلیب (stenosis) کے، جو آتشک کے باعث ہونا ظاہر ہو چکے ہیں، اور جو شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جاسکتے ہیں (64)، خود شش کی بافت اس مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے۔ ایک شکل معمولی صمغیہ (gumma) کی ہے، جو بالغوں میں نہایت شاذ ہے، اگرچہ شیرخواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے اور کوئی قابل شناخت سریریاتی علامات نہیں پیدا کرتی۔ دوسری شکل آتشکی شیرخواروں کی نام نہاد ذات الریہ ابیض (white pneumonia) ہے۔ اس میں پھیپھڑے بڑے، پیدہ کثیف اور سخت ہو جاتے ہیں۔ ان کی تراشش ٹکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں، اور بعض اوقات باسانی ٹوٹ جاتے ہیں۔ خردبین شش کا منتشر خلوی التهاب اور ساتھ ہی جو فیزی دیواروں کی دبازت اور ریوی مرحلہ کا تقشر (desquamation) اور خمی اسخطاط ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت پورے شش کو ماؤف کر دے، یا ایک حصہ یکساں طور پر متغیر ہو جائے، اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رقبے موجود ہوں۔ ایک دوسری قسم میں جو فیزیوں میں کتب مرحلہ کا استر ہوتا ہے، اور توصیلی بافت کی جگہ لینی ہیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے، جو کتب جو فیزی مرحلہ کے خلیات سے در ریختہ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں بچ مویہ (spirochaetes) پائے گئے ہیں۔ چونکہ یہ ضررات بالخصوص مردہ مولود بچوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں، لہذا ان کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

خراش اور گیسوں سے سم

زہریلی گیسوں کے جن کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں :- (۱) اغتصاص آفریں۔ ان گیسوں کا عمل بالخصوص شش کے جو فیضوں پر ہو کر حاد اُفیمیا، عروق شعریہ کی علقیت اور شش قاتی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ شفا یاب ہو جانے والے مریضوں میں اُفیمائی سستال چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن ششی التهاب اور ششی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا۔ (۲) شک سرائیز گیسیں۔ یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائیڈ (xylol bromide) اور کلور ویکٹین (chloropicrin)۔ (۳) سرائی کی گیس (mustard gas)۔ (یہ درحقیقت آبیہ روغنی مادہ ہے جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخار بن کر اُڑ جاتی ہے)۔ چند گھنٹوں تک سرائی کی ایک خفیف سی بو کے سوا سب غموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا۔ پھر شدید التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) شریانی درد اور اس کے ساتھ قے، جلد کا وسیع پھیلا ہوا احمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انفاط (vesication) ہو کر شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز تنفسی نپٹے کی غشاؤں غماطی کا التهاب نمویاب ہو جاتا تھا جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح متقرح ہو کر ایک فائبرینی جھلی سے ڈھک جاتی تھی اور شامی طور پر سرایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفور واقع ہوتی تھی تو ششی ذات الریہ نمودار ہو جاتا تھا۔

بالجملہ اثرات گیس سے سموم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامتہ (effort syndrome) (اگے ملاحظہ ہو) نمویاب ہو جاتا ہے۔ علامات ذیل مشاہدہ میں آئے ہیں :- شفت کرنے باز و رنگانہ پرنس کا بھول جانا (۱)؛ موالب کھانسی معہ بساق کے (۳)؛ سینہ کے وارپا دروینگی (۲۵)؛ اختلاج اور کبھی کبھی چکر آنا (۱۴)؛ صبح گاہی قے یا متلی (۱۲)؛ درد سر (۱۰)؛ نفعہ لافٹا

۱۔ توسین کے اندر جو اردو اعداد درج کئے گئے ہیں وہ اسکور ڈرقہ میں واقع شدہ ۳۴ اساتذہ میں علامتہ کافی صدی حدوث ظاہر کرتے ہیں۔

کے علامات (۷) آنکھوں کا دکھنا (۵)۔ مگن ہے کہ خون سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) ظاہر کرے۔ اس تعلق میں ہالڈین (Haldane)، میکینس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات ان مریضوں میں گہرے تنفس کی قوت جاتی رہتی ہے اور یہ ورزش کے بعد صرف سرخ اُتھلے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض عینی جو فیروں کی ناقص ترویج کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون نامکمل طور پر ہوازدہ ہوتا ہے آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کو شک آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش مستقل طور پر رفع ہو جاتی ہیں اور سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) کم ہو جاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

رائی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں، یعنی شعبی الہتہاب، نفاخ، دمہ، اُذیمہ اور ریوی خراجات اور ”تدرن کا ذب“ (pseudo- tuberculosis) جس کے ساتھ لاغری، بخار، شعبی الہتہاب اور اسی لفظات (apical râles) ہوتے ہیں لیکن بساق میں عصبیات درمیان نہیں ہوتے۔ تلیف شش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اس ثانوی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں جو گیس کی وجہ سے مضر پہنچنے کے بعد ہو جاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے حقیقی تدرن کا ملنا ممکن ہے اور یہ غالباً ان مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے رک گیا تھا۔

ریوی سدا دیت و علقیت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سدا دیت (embolism) اور علقیت (thrombosis) کی نوعیت پر امرائیں عروق دموہ کے باب میں بحث ہو چکی ہے، لیکن یہاں ریوی دوران خون کی ان نکال

استعدادوں کا بیان ورج کرنا مناسب ہے، جن کی وجہ سے یہ اس حادثہ میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

شریان ریوی اور اس کی شاخیں دائیں بطن اور اُذین کی وساطت سے نظامی وریدی تنوں (systemic venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منجھ خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا جو بسم یا جوارح کی وریدوں میں آزاد ہو جائیں، قلب کے دائیں کھنوں میں اور واپس ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ کے اندر مغروز ہو جائیں گے۔ ایک بڑا پرانا ورقہ دار (laminated) تختہ کا ٹری شاخوں میں سے ایک شاخ کو مسدود کر سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں سدا دیت ایک لمبا علقہ (thrombus) ہوتی ہے جو ایک متوسط جسامت والی نظامی ورید سے نکلتا ہے اور دہرا ہو کر گیسند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سدا دیت کے نسبت ریوی علقیت زیادہ عام ہے اور ایسے ضرر ظاہر کرنے والے پتھتیس متوالی لاشوں کے امتحان (autopsies) میں ۵۵ فی صدی میں واقع ہوئی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریان ریوی کی شاخوں میں خون کے ٹھکے پائے جاتے ہیں، اور ان ٹھکوں میں تعصیب (organism) یا رنگ کی پر سب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) تنکون کی شہادت بہم پہنچاتی ہے۔ ”ریوی سدا دیت“ یا ”ریوی علقیت“ کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کر دیتا ہے، جس کے علامات مندرجہ التوجہ ہوتے ہیں اور جس سے مریض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سدا دیت اور ریوی علقیت فحذی ورید کی علقیت سے پیدا ہو سکتی ہے، جیسی کہ تب حرقہ، یا سل ریوی میں یا بوڑھے اشخاص میں عظم الغض کے کسر (fracture) میں واقع ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حادثہ سرائیوں میں مثلاً ذات الریہ سے اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں جن میں شکم کی

سامنے کی دیوار میں شگاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص بوڑھے اشخاص میں) (39)۔ بہت سی اصابتوں میں خون کے ٹھکوں کے اندر دقیقہ جھنویات پائے گئے ہیں۔ سداوات (emboli) کے اثرات ان کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ مسدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سداوندہ چھوٹا ہوتا ہے تو شش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے اور بیش و مویست (hyperaemia) نمشی نزفات (petechial hæmorrhages) آذیم اور ہبوط (جس کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

178

اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں جو مطرانی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے، آذین کے اندر چھوٹے علقہ جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ آذین انقبض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں) اور ممکن ہے کہ دائیں جانب کے علقہ جات پھیپھڑوں کے اندر پھنک کر خرد تر شریکوں (arterioles) کو مسدود کر کے پھیپھڑے کے اندر وہ مقامی نزفات پیدا کر دیں جنہیں سرایوی مفعحات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شش کا ایک محزوطی حصہ جو طولی تراش میں فائدہ نما ہوتا ہے، اور جس کا قاعدہ شش کی سطح کی طرف اور اس اندر کے طرف ہوتا ہے، ٹھوکن مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ، اوپر بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خرد بین کے نیچے اس کے حویصلات ہوائی (air-vesicles) سرخ جسامت دمو بہ سے پر نظر آتے ہیں۔ اس محزوط کا قاعدہ سطح شش پر گرد ویش کی حویصلی بافت سے اوپر ابھرتا ہے، اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ یہ سطح ابتدائی پلیورائی التهاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کرنے لگے۔ یہ منہات لختہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے والی کور کو بڑی وسعت تک مآوف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں ان پر محزوطی یا فائدہ نما ہونے کا بیان پر شکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں لیکن بعض اوقات اس سے بہت زیادہ بڑی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سدا دات کا فعل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنی بالید کے ذرات اور شا ذمورتوں میں ایک چھوٹا کیستی ویرہ (hydatid cyst) لیکن خاصے عام طور پر ریم آفریں و متیق عضو یے بھی۔ جب آخر الذکر تہنایا علقہ کے ذرات کے ساتھ منتقل ہو کر شش میں پہنچتے ہیں، تو محروطی مضعات جلد ہی پھوڑے بن جاتے ہیں اور ان کے ساتھ اکثر ہیم پیلو یافت کا شنبی ریوی التهاب ہوتا ہے، یا مصلی، مصلی قحی، یا قحی التهاب پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شعریہ کی شحم سدا دیت (fat embolism) تضرکا نتیجہ ہوتی ہے، جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شعریہ میں چربی کے گلوبے خردین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات۔ ریوی شریان اور اس کی بڑی شاخوں کی سدا دیت (embolism) کے علامات سد و سدہ عرق کی جسامت اور سد و کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب نخذی ورید سے نکلا ہوا کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے اندر معروز ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے چمک کر اٹھ بیٹھے اور پھر مردہ ہو کر ڈھیر ہو جائے، یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند دقیقوں کا بہر (dyspnoea) ہو، یا اس کے برعکس غشیان (syncope) یا شنج ہو۔ اگر سد و نسبتاً نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت غشیان کی ہو یا غشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو، یا اس کے ساتھ قشعر (rigors) مختلف شدت کا درو سینہ اغصا ص (suffocation) کا احساس اور بہر (dyspnoea) ہو جو بڑھ کر شاید تنفس چین اسٹروس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ ہر سے کا رنگ شامب اور کبود و واجی وریدیں پھولی ہوئی، اور ہاتھ ٹھنڈے اور پیریدار (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کر کے پراسوات تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی طقیت (pulmonary thrombosis) میں علامات مائل نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن حملہ کا آغاز بتدریج ہوتا ہے، گو اس کا سرخ ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک مفعمہ (infarct) کے وقوع کے علامات بھی مسدود شدہ عرق کی جسامت اور علقہ (thrombus) یا مغروز شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبت بڑی عرق ہے، تو ممکن ہے کہ علامات متذکرہ بالا علامات سے مشابہ ہوں، مگر وہ نسبت کم شدت کے ہوں گے۔ مفعمہ (infarct) کافی طور پر بڑا ہو تو سائل پھولی ہوئی (breathlessness) 'اختلاج' بلکہ قشریہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔

شش کی ساخت کے اندر خون کی وعاء بدری (extravasation) اکثر اپنی موجودگی نفث الدم (haemoptysis) یعنی خون کے تھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے جدا جدا دموی بساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ مخاطی بساقات خون کے رنگ کے یا رنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی الہتاب پلیئورا ہو تو درو پہلو پیدا ہو جائیگا، اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر جموی تعامل (febrile reaction) قشریہ رد کے ساتھ یا اس کے بغیر ہو جائے۔ مفعمہ (infarct) صرف اسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک صمیت کا رقبہ اور اصوات تنفس کا انقطاع (suppression) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ ممکنات (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر کسی قلابی حالت میں جس میں مفعمہ (infarct) کا شبہ ہو، صمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ امتلاء (congestion) اور آذیمائی وہ مخلوط حالت جس کو تصلب مسرخ (red induration) اور بھور اتصلب (brown induration) کہتے ہیں، مصرعی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر مفعمات (infarcts) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عنفونی مفعمات (septic infarcts) نتیجہ الدم (pyaemia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں، اور فی الحقیقت اس مرض کی حادث شکل کے تمیز بعد المات ضررات ہیں۔ یہ ماسکات (foci) عام طور پر بالکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ ممکنات (crepitation)

179

کے سوائے کوئی معین طبعی امارات نہیں پیدا کر سکتے۔ لیکن وہ الٹھاب پلیور (pleurisy) اور انصباب (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفو فی قسم (septic type) کا حموی تعامل مدہ قشعریرہ اور بڑھتے ہوئے انبطاح (prostration) کے موجود ہوگا۔

شحم سدا دیت (fat embolism) جب کہ یہ کافی مقدار میں موجود ہو، ریوی دوران خون کے تسدو کی وجہ سے صدمہ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتی ہے۔ اس کے علامات یہ ہیں: — بہر، انبطاح، سرخ جھاگ دار بساق، نبض سریع، زراق (cyanosis) اور پھیپھڑوں پر لقطات (râles)۔

تشخیص - ریوی سدا دیت یا علقیت کی تشخیص کا انحصار بہت کم سابقہ الوجود موطیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی علقیت یا عفو فی قسم کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکمی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرض قلب کی موجودگی، ریوی افحام (infarction) پر دلالت کر سکتی ہے۔ نفث الدم (haemoptysis) کے تمام اسباب میں ریوی تمدن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا کثیر الوقوع سبب مرض قلب ہے۔ اس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قائم کرنے میں بڑی حد تک مدد ہوتا ہے۔

تحریر - مشورہ دیا گیا ہے کہ شکمی عملیات جراحیہ کے بعد جبکہ الٹھاب یاریطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع محل کے بعد طمانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی اور دلک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدینی چاہئے، تاکہ خون کا رکود (stagnation) جس سے علقیت کی استعدا پیدا ہوجاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کر دینا چاہئے۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے علقیت پیدا ہوجاتی ہے) روکنے کے لئے اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) منظم طریقہ میں لانا چاہئے۔ اگر مریض سپید پڑ گیا ہو تو جراحی عملیہ سے پہلے نقل الدم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہئے۔

از تکانِ خون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہئے۔
 عملِ لاج - ریوی شریان سے سداویت رائل کرنے کے لئے اب ایک
 نجاتی عملیہ (emergency operation) درجہ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

دروں صدری نو مایہ جات

(INTRA-THORACIC NEOPLASMS)

دروں صدری نو مایہ جات کے عام ترین اسبابِ شش کا اولی سرطان
 (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پلیورائشیسی غد میں سرطانی
 (carcinomatous) یا سلحی لحمی (sarcomatous) سر و حاست (metastases)
 ہیں جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اولی بالیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا پنا
 ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراضیاتی حالتیں جو شاذ و مورتوں میں اولی سرطان شش
 سے سرمدیاتی مشابہت رکھتی ہیں یہ ہیں۔ واسط میں تیموسیہ اور درقیہ کی
 بالیدیں [جن میں دروں صدری غوطر (goitre) بھی شامل ہے] ادمیات
 (dermoids) 'منخولی سلعات۔ مرض آکلن (Hodgkin's disease) واسطی سلحہ
 لحمیہ (mediastinal sarcoma)، لحمی سلحہ لحمیہ (lympho-sarcoma)، قری
 (oesophagus) کا اولی سرطان جو شش کے اندر تک پھیل جائے۔ پلیورائیں متعدد
 غیر خبیث سلعات مثلاً سلحہ لینفیہ (fibroma) وغیرہ اور درحلی سلحہ (endothelioma)
 اور لحمی سلحہ (sarcoma)۔ شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے
 جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صغیات (gumma)، اور التہابات
 ان سے خلط ملط ہو سکتے ہیں (60)۔

شش کا اولی سرطانی سلحہ

(primary carcinoma of the lung)

بشش اسباب۔ شش کا اولی سرطانی سلحہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

اوقات (۷۷) چالیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بد قسمتی سے حال میں چند سال سے اس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش سرطانی سلعہ کا ایک سلسلہ قیسی عامل ہے، خراش کے اسباب ڈھونڈے گئے ہیں، مثلاً انفلوئنزا اور حال ہی میں ۱۹۱۸-۱۹ کی وبا کے عظیم کے بعد سرطانی سلعہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گروغبار سے پیدا ہونے والی خراش [جیسے کہ سیکسنی (Saxony) کی کانوں میں] ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنشاق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے ماؤف ہو جانا چاہئے، کیونکہ دایاں شعبہ نسبت بڑا اور زیادہ سیدھا واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنشاق، زہریلی حربی گیس، تمباکو پینا، اور گردِ راہ امکانی عوامل ہیں (61)۔

مرضی تشریح شش کی اولی بالیدیں اپنے مبداء کے لحاظ سے تین گروہوں میں مقسم ہیں :- (۱) شعبی سرملہ سے نکلنے والی (۲) شعبی مخاطی غد سے نکلنے والی (۳) جرم شش سے نکلنے والی۔ پہلے گروہ میں سلعہ بالخصوس ایک بڑے شعبہ میں محدود ہوتا ہے اور شعبہ مدود ہو جاتا ہے۔ یہ بالید زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchieectatic) کہنے بنا دیئے کا رجحان رکھتی ہے۔ یہ استوائی خلیوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (اور یہ بھی شعبات کے گرد محدود ہوئے کارجھان رکھتا ہے) بہ افراط مخاطی افراز ہوتا ہے۔ لیکن ان سلعات میں خلیے اس قدر تغیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بندی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلعات میں سے نصف سے زائد سلعات ”جئے نما خلیوں“ والی قسم (oat cell type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ خلیے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کرتے ہیں،

لے تو سین کے اندر خطِ اردو میں درج کئے ہوئے اعداد وہ فی صدی تعدادیں ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ امتحانات لاش (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں

بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا غلیظہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سر و حات (metastases) لمفائی غد کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضا و احشائیں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حب ذیل میں ہیں۔ پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸) یعنی قحی (۶۵) دُموی (۷) صاف (۱۴، ۵)۔ ایک شعبہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۵۶) ششی الہتہا تمد و الشعب (bronchiectasis) ششی ریوی الہتہا، ہیوٹلی نگرین (collapse) (gangrene) خراج (۱۱، ۵) نفاخ، تکلیف (fibrosis) اور ریوی عروق کی علقت اور ان پر حملہ تاء، مور (pericardial) پر حملہ (۵، ۴۴) مری پر حملہ یا دباؤ (۱۶، ۵) فوقانی ورید اجوف پر حملہ اور اس کا تسد (۵، ۱۱) بڑی نظامی وریدوں کی علقت (۱۷) جو جوارح بالا اور جوارح زیریں میں یکساں کثرت سے واقع ہوئی۔

علامات۔ کھانسی (۶۶) ابتداء خشک ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید دوروں کی شکل میں ہو، یا مقصبہ یا شعبات پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے ”نحاسی“ (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی امتلاء پیدا کر سکتی ہے۔ بساق نصف سے زائد اصابتوں میں موجود ہوتا ہے، اور ان میں سے بیشتر میں کثیف نفث اللہ موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ دس (۶۴) شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارض (gnawing) توخزی (stabbing) بتری (dragging) ہو، یا دباؤ یا دم گھٹنے کا احساس ہو۔ درد عموماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جوارح میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقرہ (vertebra) میں سر و حات (metastases) ہو جانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لاغر (wasting) (۵۲) کے ساتھ کمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہو سکتا ہے، لیکن عموماً مریض عظیم الدم (anaemic) نہیں ہوتے۔ بھس (dyspnoea) (۵۰) اسی پھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو مشقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہو جاتی ہے، اکثر ایک متاثر علامت ہے، تا وقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ دوروں کی شکل میں ہو سکتا ہے، اور اس کے ساتھ شہیتی صرصرہ (inspiratory stridor) ہو سکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO₂ کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی سیرشدگی (oxygen saturation) کم ہوگئی، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ شش کے اندر گیسوں کے یا بھی تبادلہ میں رکاوٹ تھی (۶)۔ اس ارتفاع حرارت (pyrexia) (۳۹) اکثر سل ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگنا (chills) اور شبانہ پسینے (night sweats) ہوں (۷)۔ خفوق قلب (tachycardia) بلا ارتفاع تپش کے موجود ہو سکتا ہے (۱۹)۔ بعض اوقات سریر یا فی طور پر ثانوی جھاؤ (secondary deposits) پائے جاتے ہیں (۲۴)۔ اور دوسرے علامات یہ ہیں: — سرسراق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اُورس دلا متوسع (dilated veins) (۱۵، ۱۶) کے ساتھ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ سر اور گردن، جواہج بالا، صدر اور شکم میں نظر آئیں اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ واسطہ (mediastinum) میں تسد ہو گیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک اُن تحت البجلہ تقما ست (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو مین ضلعی اورہ (intercostal veins) اور شکلی اور وہ کے درمیان ہوتے ہیں۔ باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی رَویں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ منتلی اور ازرق ہو جاتا ہے۔ فوقانی وریداجوف کے تسد کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کے طرف اور تحتانی وریداجوف کے تسد میں اوپر کے طرف ہوتا ہے۔ لیکن یہ آخر الذکر حالت دروں صدری سلمہ (intrathoracic tumour) سے شاذ ہی پیدا ہوتی ہے، گو کہ خبیث بالسد (malignant growth) کا ڈایا فرام سے عین اوپر تحتانی وریداجوف تک پہنچ جانا ممکن ہے۔ اذیما (۱۸) اکثر ایک متاخر امارت ہوتا ہے، جس کے ساتھ زراق اور تسع وریدیں ہوتی ہیں۔ سر و گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا اذیما ہنا بہت حمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سریع الزوال ہو اور خنثت کرینے یا زور لگائے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے اور اس کے ساتھ دم گھٹنے کا احساس بھی ہو۔ یہ علامت بھی موجود ہوتے ہیں: — حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷)۔ عسر البلع (dysphagia) (۱۱)۔ قے (۱۱)۔ انگلیوں کی گرز شکلی

(clubbing of the fingers) (۵ و ۶) 'غالباً یہ عدد بہت کم ہے' (۵ و ۶) اور دواں (vertigo) 'حذقات' (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشار کی کے ہجائ یا شلل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات۔ لیکن اکثر ایک سلسلہ میں سے اپنا ممر بلا کسی مزاحمت سے دوچار ہوئے جاری رکھتے ہیں۔ بعض اوقات وہ مضبوط ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا مٹا ہوا ہو جاتی ہے۔

طبعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار بالید کے محل وقوع اور جماعت پر، اور پیچیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتداءً وہ صرف ایک شعبہ کے تسد کے امارات ہوں، جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں، اور ان کے ساتھ اکثر صرصرہ (stridor) ہو۔ جوں جوں سلسلہ کی جماعت بڑھتی ہے اور نہ صرف شعبی غد میں جماؤ (deposits) بلکہ شش کے اندر تک پھیلاؤ ہو جاتا ہے، قریع (percussion) کی آوازیں کی (impairment) پائی جاتی ہے، بالخصوص سینہ کے سامنے بالائی حصے میں، لیکن یہ کمی اس تک نہیں پہنچتی۔ ممکن ہے کہ اس رقبہ میں شعبی تنفس (bronchial breathing) ٹریسٹا موالسی صوتی حقیف اور شعبہ صوتی (bronchophony) موجود ہو یا اصوات تنفس، لمس صوتی حقیف (T.V.F.) اور بولنے کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں۔ اگر بالید نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو یہی طبعی امارات ایک قاعدہ پر موجود ہو سکتے ہیں۔ مختلف پیچیدگیوں کے طبعی امارات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ بعض اصابتیں اپنا ممر بلا کسی صدی علامت کے ختم کر دیتی ہیں۔ اصابتوں کا ایک چھوٹا دماغی گروہ (cerebral group) سرحدات (metastases) کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ اصابتیں دماغی سلسلہ، التهاب سحیا (meningitis) التهاب دماغ (encephalitis) کو غیرہ سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اصابتوں کا دوسرا گروہ نخاعی (spinal group) ہے، جو ممکن ہے کہ التهاب نخاع (myelitis) شش کی بوسیدگی (spinal caries) یا درد کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کر لی جائیں۔ تیسرے گروہ میں حادثہ شکی علامات ہوتے ہیں۔ وہ صرصرہ (stridor) جو ایک شعبہ کے

انضاط سے پیدا ہو جاتا ہے، غلطی سے شجبی التهاب کا خزانہ (rhonchus) سمجھا جاسکتا ہے۔ اول اندک وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر اندک تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی گھنٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ پر لٹکا کچھ وقفوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ اگر سلعہ درون صدری چھید گیاں [جیسی کہ واسطیات الجنب انصباب (effusion) تبق صدر (empyema) شجبی التهاب (bronchitis) متدد و انصباب (bronchiectasis) شجبی ذات الریه (broncho-pneumonia)] پیدا کر دے اور سلعہ کے متمیز علامات (جیسے کہ امتلاء اور ذہ اور اُویا) غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اولی سبب مرض سلعہ ہے، ان چھیدگیوں کی تشخیص کر لی جائے۔ پل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہئے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سربیع النکس عقیقہ پیلوریائی انصباب واقع ہوتا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انصباب خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے۔ خلویاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس اگر ایک ادھیڑ عمر والے مریض میں سیال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا استقصا (exploration) کرنے پر کوئی سیال نہ ملے تو سلعہ کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ سرطان آئور سائے اور طحی (aortic aneurysm) کے ساتھ آسانی خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ انورسما کے مشہور و معروف طبیعی امارات کے علاوہ بیشتر اصابتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انورسما ایک صاف اور واضح کوہر رکھتا ہے، اور ایک تمدد پذیر نبضان (expansile pulsation) ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلعہ سے بھی جو اور طحی کے ساتھ منضم ہو نبضان (pulsation) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایک بیتقاعدہ طور پر درریشش کرنے والے نوامیہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدریج خود کو ارد گرد کے شش میں غرق کر دیتی ہے، اور اس کی اصلی کور بالکل نظر نہیں آتی۔ لپا یوڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا قدر نظر آئے شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی مدہ ہے۔ نیسیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالید کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے۔ اگر تفتیق کا اقل کیا جائے اور محسوس افرازات کو بکھنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان، جو کہ استرواح الصدر انجام دینے اور اگر کوئی انصباب موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انجام دیا جاتا ہے۔ پلیورائی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے۔ صدری مٹی کی تفتیق ہے (مختص)۔ علاج۔ جب شبہ بینی کے ذریعہ بالید تک رسائی ہو سکتی ہو تو علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ باقاعدہ وقفوں پر ریڈان کے حول مدفون کئے جاسکتے ہیں۔ انوتہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات۔ جب شش بالید کی کثیر التعداد گرہوں کا محل وقوع ہو، جو اس کے اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں، تو مریض کو کم از کم ابتدائی کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تا وقتیکہ ایک شبہ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیعی امارات انہیں نمودار ہوتے۔ آخری درجوں میں بہر (dyspnoea) تیز تنفس، کبودی (lividity) متواتر کھانسی اور محسوس نفث ہوگا۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد خرخرات (rhonchi) اور لفظات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ یہ حالت مونی تملز (miliary tuberculosis) سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ تمیش طبیعی درجہ کی ہو۔ جب پلیورائٹ ہو تا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے جس میں خون اور خبیث خلیات (malignant cells) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ جب دوسرے احشائے بدن میں بالید کی موجودگی معلوم ہو، یا جب سرطان پستان یا سرطان فلک بذریعہ عملیہ نکال کر خارج کر دیا گیا ہے، تو ایسی حالت میں ناقابل توجہ بہر کے وقوع سے ہمیں پھیپھڑے کے اندر بالید واقع ہونے کا خیال آنا چاہئے۔ اور ان اصابتوں میں کہ جن میں رلیوی علامات نہایت نمایاں ہوں گردن میں سخت غدو یا خصیہ میں سلسلہ کی موجودگی سے، یا فقرات کی مائوفیت سے پیدا شدہ شوکی استواری سے بعض اوقات ضروری پتہ چل جاتا ہے۔ ابتدائی

اصابتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھیپھڑوں میں میزگول عتَمات (opacities) نظر آئیں۔

انداز برا ہوتا ہے اور اس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہونیکا امکان نہیں۔
علاج کا منشاء یہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آجائے۔ عقیق
لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بالید کی عارضی تخفیف (recession) اور
ششوں کا دوبارہ پھیلاؤ واقع کرتا ہے (62) یارڈیم (radium) کو جسم متعادوں میں
استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بالید کے ساتھ کے سٹیاں انصباب کو ممتصاں (aspirator)
کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہو جائے گا۔

ذات الجنب اور تقیع صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنی غشائے پلئورائی کے التهاب کے خاص مظاہر یا سطح
پلئورائی پر تکوین "لُف" (خشک ذات الجنب: dry pleurisy) یا مصلی سیال کا
ارتشاح (انصبابی ذات الجنب: pleurisy with effusion) یا پیدا شدہ شش ریم
(تقیع صدر: empyema) ہیں۔

بحسب اسباب۔ کثیر التعداد اصابتوں میں خشک ذات الجنب،
یا انصبابی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے
اور اکثر سردی کے مکشف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں کا ایک بڑا تناسب
شامد ۵ فی صدی اصابتیں، بلاشبہ اپنے مبدا میں تدرنی (tuberculous) ہوتی
ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگزشت طئی ہے، یا بالآخر خل ریزی یا دوسرے
تدرنی خراجات کے باعث ہلاکت واقع ہو جاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالوں میں سیال
کو جانوروں میں تطہیم کرنے سے تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی حالتیں
اپنے عمر میں مزمن ہوتی ہیں۔

پلئورا اکثر ایک زیادہ حادثہ قسم کے التهاب کا موروثی ہے، جو بالآخر تقیع صدر

پیدا کر دیتا ہے اور یہ دوسری بہت سی سرایتوں، بالخصوص نئی ریوی سرایتوں اور
قرمزہ کھسرا، ریشمی بخار، عفونتہ الدم اور انفلوئنزا کی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔
ذات الجنب مرض برائٹ (Bright's disease) کی بھی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔
بعض اصابتوں میں سرایت نسبتاً زیادہ مدت طور پر قائم ہوتی ہے، مثلاً اس وقت جب کہ
کھسور (fractured) پیلیموں سے پلیورائزمنی ہو جائے، یا جب (۱) ضررات شش،
[مثلاً ذات الریہ، قیچہ الدمی خراجات (pyaemic abscesses) سلسلہ مدرن، یا نرنی
منہات (haemorrhagic infarcts) یا (۲) جداری ضررات (جیسے کہ نفل پستان
گردن، یا کھنہ شکم کے خراجات] کی توسیع پلیورائی سطح پر ہو جائے۔

ذات الجنب، التهاب تادمور اور التهاب باریطون یہ سب بیک وقت
ایک ہی سرایت سے واقع ہو سکتے ہیں، جو حادثات اصابتوں میں ریشمی، عفونی (septic)،
یا نئی ریوی اور مزمن اصابتوں میں اکثر تدریجی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث
التهاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عام التهاب
اغشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔

ذات الجنب کے مختلف اقسام میں حسب ذیل دقیق عضویہ پائے جاتے
ہیں۔ نبقہ ریوی، نبقہ سیمی، نبقہ عنیبہ، عصیہ تدرن اور عصیہ محر قیہ
نسبتاً نادر صورتوں میں فریڈ لینڈر کا عصیہ، عمومی عصیہ قولونی، عصیہ
ڈفٹھین یا، عصیہ انفلوئنزی، اور خرد نبقہ سچھاسرنا۔ ان کا امتزاج
ہو سکتا ہے، مثلاً نبقہ ریوی یا درنی عصیہ کا سبھی نبقات یا عنیبہ نبقات کے ساتھ۔
ان میں سے آخری عموماً تہنا نہیں پائے جاتے۔ مدرن کے عقیم مصلی فائبرینی انصباب
میں درنی عقیمہ مفقود ہوتے ہیں۔ تدرن کے ریوی انصبابات بھی اکثر معمولی
کاشت کر کے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں اور گنی پگ میں تعلیم کے بغیر ان میں درنی عقیمہ
شاذ و نادر ملتے ہیں۔ بچوں کے ریوی انصبابات میں نبقات ریوی بیشتر پائے جاتے
ہیں۔ (۵۰ فی صدی) اور بالغوں کے ریوی انصبابات میں سبھی نبقات زیادہ عام ہوتے
ہیں۔ (۵۰ فی صدی)۔

مرضی مشترک خشک ذات الجنب (dry pleurisy) پہلا درجہ

پلیورہ کے عروق کے اتساع (dilatation) کا ہے، جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسامت کی مہاجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے، اور اس سے سفید جسامت اور فائبرین کا آمیزہ پیدا ہو کر (جسے اکثر سرسری طور پر لطف کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشاء ابتداً دقیق طور پر مشرب (injected) ہوتی ہے، اور نہایت جلد ہی اس کی قدرتی طور پر چکنے والی سطح فائبرین کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے اور فائبرین کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں جدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لٹی جیسی دبیز تھیں بنا دیتا ہے جو سطح پر عموماً گھردری، یا خلی (villous) یا جالدار ہوتی ہیں۔

183

انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion)۔ اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لطف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرینی سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے، یا اگر یہ عمل زیادہ مزین ہو تو "لطف" کی ساتھ نکوین کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہنہ پلیورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائنٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ زرد یا بنری مائل زرد اور کثافت نوعی ۵۔۱۰ تا ۳۰۔۱ اور اکثر ۱۵۔۱۰ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو الیومن موجود ہوتا ہے اس کی وجہ سے یہ ابالنے پر تقریباً ٹھوس ہو جاتا ہے۔ یہ مشاذ نہیں کہ اس میں فائبرین کے چند گالے (flakes) موجود ہوں، یا تھوڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار مطروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے، یا جسامت کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین پسند (eosinophil) یا کشیر الانشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیوں کا غلبہ ہوتا ہے، اور زیادہ مزین اصابتوں میں غلیہ نمیتہ تھوڑے ہوتے ہیں اور وہ لطف خلیے ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں مگن ہے کہ خلیوں کی مقدار اتنی کافی ہو کہ سیال کو نکالنے کے بعد وہ اس کی تہ میں ایک دبیز تہ بنا دیں اور اس کے اور گاڑمی پیپ کے بننے کے درمیان تمام مدارج پاسے جاسکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے، اور یہ خولنا ان نوساختہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تعضی پندیر لطف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انصباب سیال ذات الجنب کے نتائج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کہنہ پلیئوراکے اندر مقید رہتا ہے لہذا وہ لازمی طور پر شش کو ڈانٹا اور دیوار سینہ کی مجاورت سے ہٹا دیتا ہے، اور سیال کا انصباب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شش اسی قدر زیادہ مضبوط ہو جاتا ہے۔ یہ انضباط سیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے جو قدرتاں اس کی باز کشیدگی (retraction) میں مدد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جانی ممکن ہے کہ سینہ کے اندر سیال کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن گو صورت حالات اسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلیئوراکے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کے طرف ہٹ جاتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں سیال کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ سیال رہی ہو اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسطہ (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ دیوار صدر کو باہر کے طرف ابھار دیتا، بین الاضلاع فضاؤں کو پھیلا دیتا اور ڈانٹا کو معہ زیر اقتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو جھکیں دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ بڑے عروق پر دباؤ پڑے اور وہ تنگ ہو جائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے انتہائی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلیئوراکی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی فائبرین کے تھئی (organisation) یعنی عروق و مویہ اور لبنی ساخت کی تھوین سے مندل ہو جاتی ہے۔ اگر انصباب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دنوں کے دوران میں جذب ہو جاتا ہے اور شش اور دیوار سینہ یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخر الذکر کے بتدریج بیٹھ جانے یا ان دونوں اعمال کے مزوج ہونے سے بالآخر باہر جم جاتا ہے۔ تخفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ مابقیہ مابعد میں اس کی کوئی شہادت نہ ملے کہ کبھی کوئی الہاب ہو ابھی تھا۔ لیکن اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شش پر کا پلیئورادبازت کا ایک قطعہ (a patch of thickening) ظاہر کرے وہ رنگ میں سفید ہو اور اس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات بعضی کے دوران میں جداری اور خشوی پلیورائٹس رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لینی ساخت کے ذریعہ باہم جڑ جاتے ہیں، جسے انضمام (adhesion) یا چسکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمام یا چکیاں عموماً پھیپھڑوں کے ٹخوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں سے مرنے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد کیسٹل سابق الوجود پلیورائی التهاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید اصابتوں میں پلیورائٹ بہت دباؤ یا قہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ لینی ساخت شش پر حملہ آور ہو کر لینی شش (fibroid lung) پیدا کر دے۔

تقيح الصدر۔ تقيح الصدر یا ری ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضو یا پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ تقيح الصدر اولی ہو سکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التهاب ہوتا ہے جو کہ جسم میں کسی راستہ سے عضو یہ کے داخل ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب وجوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو، مثلاً ذات الریه مکیورسلی یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخراً وہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہو سکتا ہے، مثلاً تقيح الدم (pyaemia) سے۔ تقيح الصدر کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند، ہمیشہ ایک صاف سیال سے یا سفید خلیات اور فائبرین (fibrin) کے گالوں سے خفیف طور پر مکدہ شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً اس وقت جب کہ ایک درنی التهاب پلیورائیدی ہو جائے (جو کہ ایک نہایت ہی شاذ واقعہ ہے)۔ نبقی ریوی تقيح الصدر میں تقيح ہونے میں اس سے کم ویر لگتی ہو۔ جب تقيح الصدر ذات الریه کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تو عام طور پر تقيح بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے، جس سے ایک ما بعد ذات الریه لوی تقيح الصدر (meta-pneumonic empyema) پھور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریه اولی اور پلیورائیر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقيح الصدر خون پاش بقعہ سحمہ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقيح میں تاخیر ہو جاتی ہے یا تقيح بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، لہذا نبقی سحمہ ذات الریه میں تقيح الصدر بھی ہمزماں طور پر موجود ہوتا ہے، یعنی یہ ہم ذات الریه (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں پسی

مرتبہ ہی جب کہ پلیئورائی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پائی جاتی ہے۔
 بعض اوقات ایک تنقیج الصدر تاچہ پلیئورائی (pleural sac) میں سے
 نکل کر یا تو شش میں سوراخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نفث ہوتا ہے) یا ایک
 بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر یا پچھوں فضا ہوتی ہے) منہ کر کے ("pointing")
 خود بخود پھوٹ جاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ ہوا کہنفہ پلیئوراکے اندر
 داخل ہو کر دیمی اسٹرواح الصدأ (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے۔ شاید
 اصابتوں میں ایک تنقیج الصدر ڈانفرام کے آر پار یا اُس کے پیچھے سے ہو کر کہنفہ شکم
 میں کھل سکتا ہے۔ لیکن اگر غیر مشخص یا بلا علاج کے رہ جائے تو وہ عرصہ دراز تک
 بلا سوراخ کے بدستور رہ سکتا ہے۔ اس سے ایک نامکمل جذب واقع ہو کر مریض کی حالت
 ضعیفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشاء کے چربی (lardaceous) انخطاط کے
 وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے۔

مصلی اور ریہی ہر دو انصبابات میں، پھیپھڑوں اور جُدر کے درمیان انقباضات
 یا چپکیوں کے پیدا ہونے سے کہنفہ کبھی کبھی جدا جدا فضاؤں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ اسی صورتوں
 سیال کو سخا نہ بند (loculated) کہتے ہیں۔ اگر ایسے مریض کا علاج جراحی طریقہ سے
 کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے۔

علامات اور طبیعی امارات خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔
 ذات الجنب کے آغاز کی تمیز خصوصیت شدید درد ہے، جو سانس لینے کے فعل
 سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر
 ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اُس کا انحصار التهاب کی جائے وقوع پر
 ہوتا ہے۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹا یا پھاڑا ہو (cutting or tearing)
 اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، پھینکنے اور ہر قسم کی مشقت کرنے یا زور لگانے
 سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر
 لیٹا رہتا ہے۔ حادثات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے اور زیادہ تر
 کی قدر ارتعاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ تپش ۱۰۳ اور جب تک
 پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ رہتی ہے۔ اُس کے ساتھ دوسرے معمولی

مثلاً زما ت (accompaniments) ہوتے ہیں، یعنی فرور زبان، عدم اشتہا، اور کسکندی (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر اؤف جانب پر حرکت کی کچھ کمی، اور دُر کے مقام پر حویصلی خربیر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن تمیز طبیعی امارت ذات الجنبى را گڑ (pleuritic rub) یا صوت فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیٹورائی سطحوں کے، جو ارتشاح (exudation) کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہیں، ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ حاد امصابتوں میں ملن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور آسانی نظر انداز ہو جائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہیتی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لاسکے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے، تو یہ غیر موجود بھی ہو سکتی ہے۔ مزمن امصابتوں میں فرک اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو سکتی ہے، وہ سماع الصدر (stethoscope) سے شنی بھی جاسکتی ہے، اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہوا اور تقيح الصدر، جب سیال کا انصباب ہو جاتا ہے تو پلیٹورائی دونوں سطحیں ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتی ہیں، صوت فرکی غائب ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا، یا سیال جن مختلف اعضا پر اثر انداز ہوتا ہے ان کے مضبوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا، راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامت سانس کا پھول جانا ہے۔ جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے، اور یہ پھر (dyspnoea) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا ماؤف جانب کی کروٹ پر لیٹا رہتا ہے، تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ ملن ہے کہ اسے کھانسی بالکل نہ ہو، یا خفیف کھانسی بلا نفث کے ہو۔ ذات الجنبى انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کبھی کبھی غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ماؤف جانب کی تپلی نسبت زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیسا کہ دوسری الہابی حالتوں میں ہوتا ہے، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً تدریجی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہو سکتی ہے جو کہ شاید ناخن کے غدد میں فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر مستقیم تپش صرف ۱۰۰ یا ۱۱۰ درجہ سنٹی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تفتح الصدر میں بھی، خواہ یہ سبھی نفی ہو یا غبی نفی، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متفرق ہوتی ہے، بسا اوقات اس کے ساتھ تشعیر رات ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیسا کہ دوسرے حادثہ خرابوں میں ہوتا ہے۔

چونکہ سیال تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہو جاتا ہے، لہذا اچھے قاعدہ پر مطلق احمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) صوتی گماگ (vocal resonance) اور لمبی صوتی حقیف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ کثیر المقدار سیال ہو تو حسب ذیل طبعی امارات مشاہدہ میں آتے ہیں :- معاہدہ کرنے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ قلب اپنی طبعی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے: اگر انصباب دائیں جانب ہو تو صدم القلب (impulse of heart) بائیں بھٹنی کے نیچے یا اس سے باہر کی جانب محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر انصباب بائیں جانب ہو تو صدم القلب اکثر عظم القفس (sternum) کے دائیں طرف کی بین الاضلاع فضاؤں میں، عموماً تیسری، چوتھی، اور پانچویں فضاؤں میں، بلکہ دائیں بھٹنی کے پاس تک، اور شاؤ مثالوں میں اس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ وہ کم ہو جائے۔ لیکن تفتح الصدر میں ممکن ہے کہ وہ زیادہ ہو جائے اور بین الاضلاع فضا میں، پسلیوں کے نیول سے نیچے تک پست ہونے کے بجائے، پُر (یا مملوس) ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دیوار سینہ کا کسی قدر آؤ میا یا تہج ہو۔ طحالی یا جگر سٹ کر نیچے آسکتے ہیں۔ قزع کرنے پر سامنے، بطن میں، اور پیچھے احمیت پائی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اس احمیت کے ساتھ مسلسل ہو جاتی ہے جو

اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے قلب کے ساتھ متناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی گنگ متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ٹھوس پن کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا راس عظم الکف (scapula) کے زاویہ کے لیول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۳۳ انچ پھیلتا ہے (Grocco's paravertebral triangle: مثلث)۔

اس کی توجیہ حسب ذیل ہے :- طبعی طور پر شش کے مرکزی حصے کا پھیلاؤ (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطہ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے، جو اسے چسپاں جانے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو جیسا کہ پھیلاؤ انقباض میں ہوتا ہے تو واسطہ ہر شہیق (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غیر مؤثر جانب کے شش کے مرکزی حصہ کو نسبت کم ہوا پہنچتی ہے اور مسترعی سر (percussion note) کم ہو جاتا ہے۔ جب سیال اس قدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو

ثلث بلندی تک پہنچے تو ترؤہ کے نیچے اور اہمیت کے لیول سے اوپر قریبی سر کی وہ خاص ترمیم سنائی دے سکتی ہے جس کا نام اسکوڈائی گنگ (Skodaic resonance) ہے جو شش کے ارتخاؤ (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۳)۔ استماع کرنے پر اہم رقبہ (dull area) پر اصوات متغی، صوتی گنگ اور لمبی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شش ڈھیلا پڑ جاتا ہے، شہیقی تنفس (bronchial breathing) یا تنویتی تنفس (compensatory breathing) سنا جاسکتا ہے۔

ممکن ہے کہ شعبہ صوتی (bronchophony) یا بین صوتی (agophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اصوات تنفس مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلث گرد کو پر کم ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اصواتوں میں جہاں شش پچک کر ٹھوس ہو جاتا ہے، اصوات تنفس غائب ہونے کے بجائے بلند شہیقی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہو سکتا ہے۔ جہاں احشاد کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو وہاں

ممکن ہے کہ تنفسی افعال کا اختلال بالآخر مہلک ثابت ہو جائے۔ مریض زیادہ زیا

کبود (livid) ہوتا جاتا ہے، خرخرات (rhonchi) اور مخا طلی لفظاً (mucus râles) اس شش میں سائی دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا، اور اختناق (asphyxia) طاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ناگہانی غشیمان (syncope) ہو جاتا ہے، جس کی معقول توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نوعمر بچوں کی حالت میں قزع کرنے پر جو اہمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ سارے اہم رقبہ پر شعبی تنفس سنائی دے، اور اس سے یہ گمان پیدا ہو جائے کہ شش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضاحت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت شاذ اوصاتوں میں قلب (یا شاید اور طلی) کا نبضان (pulsation) ایک پلیورائی انصباب تک منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدمہ یا موج کے طور پر ایک بڑے مصلی اجتماع تک ہوتا ہے یا ایک نسبتاً زیادہ محدود المقام شاید مرنی، نبضان کے طور پر ایک ایسے قعج صدر تک جو دیوار سینہ کے آ پار منہ کر رہا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض قعج صدر (pulsating empyema) کہتے ہیں۔

بین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے درد کھانسی اور دقت تنفس موجود ہوں مگر کوئی تمیز امارت نہیں ہوتی۔ جب مایع جمع ہو کر یا اونس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قزع کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اہم سر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گمگ ملے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لفظات (râles) موجود ہوں۔ بین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر الوقوع علامت نفث الدم (haemoptysis) ہے (Dieulafoy) اور اگر ریال ری می ہے، جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک شصتہ کے اندر دوا ہو جائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہو کر خود اچھا ہو جائے، اگرچہ کبھی کبھی ایک صوبی کہتے (discharging cavity) ہسینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ذات الفراحی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) میں انصباب

شش اور ڈائفرام کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے، اور ساتھ ساتھ سینے دسویں پلے میں ڈائفرام کی انتہا کے مقام پر دبانے سے، یا گردن میں عصب ڈایافریمی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے الیمیت (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پلئوریائی کہہ نہیں نہ پہنچ جائے، اصمیت (dulness) صوت فرکی اور بز صوتی (ægophony) غیر موجود ہوتے ہیں اور اس طرح مایع کے کسی چھوٹے اجتماع کا جو یہاں دُور بند (encysted) ہو، باسانی نظر انداز ہو جانا ممکن ہے۔

اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے متمیز امارات ظاہر کرے، تاہم قسماً کہ اجتماع سیال اتنا کافی نہ ہو جائے کہ سینے کے خط وسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں :- بھر (dyspnoea)، ضیق (oppression) کے دورے، سوسوں کی آواز (wheezing) اور ضرر (stridor) عسر البلع (dysphagia)، نحاسی کھانسی (brassy cough)، بھرائی ہوئی آواز (hoarseness) اور سطح سینہ پر کی آویروہ کا پھول جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebrae) پر دبانے سے الیمیت پائی جائے، اور نزد فقری اصمیت (paravertebral dulness) اور مرکز اور اصوات تنفس، بز صوتی (ægophony) اور لفظات موجود ہوں۔ تاہم اور کے اوپر ذات الجنب نام نہاد پلئوریائی تاء موری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۷)۔ واسطی تقيحات الصدر (mediastinal empyemas) شعبی انوبات کی راہ سے خارج ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشعاہوں (X-rays) سے مدد ملے گی، جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسد پیدا کرنے والا تودہ نابض ہے یا نہیں۔

تشخیص - خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے در دوں سے تیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے عام ترین وجہ الجنب (pleuro-dynia) یعنی ریشی التهاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن اس کے ساتھ بخار یا رگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ سین الامتلا ع

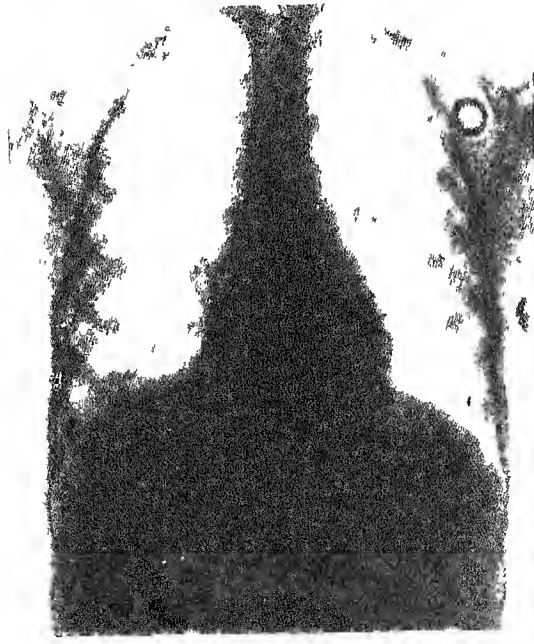
وجع العصب (intercostal neuralgia) اس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے لکھتا ہے اور وجع العصب کے امتیازی الیم نقاط کی وجہ سے شناخت ہوتا ہے۔ گرد کبدی التهاب (perihepatitis) اور گرد و طحالی التهاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں، کیونکہ یہ اعضاء دورانِ شہیق میں ڈانفرام کے نزول سے مضبوط ہو جاتے ہیں۔

درجہ انصباب میں ہمیں آؤ لا اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کہنفہ پلیورائی کے اندر مایع موجود ہے یا نہیں اور دویم اس پر کہ اس مایع کی نوعیت کیا ہے، آیا وہ مصل ہے یا ریم؟ حادثاتوں میں ذات الجنب اور ذات الریہ کے باہم خلط ملط ہو جانے کا نہایت امکان ہوتا ہے، کیونکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں اصوات تنفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔ عموماً ذات الجنب لمسی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبتاً زیادہ مطلق قسم کی اصمیت (more absolute dulness) سے تمیز ہوتا ہے۔ اور نسبتاً بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبعی وضع سے ہٹا دیتے ہیں جو ایک فیصلہ کن علامت ہے۔ پلیورائی انصباب میں لاشاعوں سے ایک نہایت سیاہ عکس پیدا ہو جاتا ہے جس کا بالائی مقعر حاشیہ ریڑھ سے دفعتاً اُٹھ کر بغل کی جانب جاتا ہے اور ڈانفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۵ ص ۱۶۸)۔ شش جو اوپر ہوتا ہے، تکثیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیاہی ظاہر کرتا ہے اور گاہے ایک تحدیدی خط بھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۵)۔

مزمّن اصابتوں میں شش کی بافت کے بیشتر تجزئات (consolidations) سے سیال کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، خواہ یہ تجدد اس کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو، خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں:۔ سدرتی تجدد، یعنی شش (fibroid lung) مرض قلب سے پیدا ہو جانیوالا قصلب (induration) شش کی بالید اور انضطاط جو کہ سامنے سے تا موری انصباب سے اور نیچے سے زیر ڈایا فرامی بھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالید یا کیسہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اصابتوں کے مشترک طبیسی امارات یہ ہیں:۔ اصمیت، اصوات تنفسی کا انعدام، صوتی گمگ اور لمسی ارتعاش کا انعدام (یعنی



الف



ب

یہ شعاع شگنائش پلیمورائی انصباب اور انحلال ظاہر کرتی ہیں۔ الف۔ ۲۰ مارچ ۱۹۳۳ء۔ یہ امیڈی
ہو کہ انصباب اور شش کے اتصال پر جو منحنی خط ہے وہ ٹھیک دس تک اور اس کے گرد چلا گیا
ہے جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ میں تیل کی ایک نہایت ہی پتلی تہ موجود ہے۔
ح۔ ۱۲ اپریل ۱۹۳۳ء۔ یہ شعاع شگنائش لنڈ سے لاک نے مصنف کے ایک مریض سے

تند رست شش کی جملہ شہادتوں کی غیر موجودگی، محض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا مائعات کے اجتماعات شش کو اسی طرح پچکا یا ہشادیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیوریائی انصباب قاعدہ شش پر اہمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیوریائی انصباب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شعبہ کا قاعدہ ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ اہمیت عموماً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیوریائی انصباب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈائفرام کے نیچے کی بالیدوں، پھوڑوں یا دویروں (cysts) کو پلیوریائی انصباب سے تمیز کرنے میں لاشعاعی امتحان خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ ڈائفرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے اور محدب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیوریائی انصباب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تقيع الصدر میں مریض کی شکل و صورت اکثر پھیکی پڑ جاتی ہے، بلکہ وہ عموماً الم (anaemic) ہو جاتا ہے۔ تپش اکثر عادی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے اور صبح ۹۸ یا ۹۹ درجہ سے لے کر شام کو ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ قشرہ برہ یا بکثرت پسینہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ تپش بالکل درجہ طبعی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تقيع الصدر میں سپید غلیبوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعۃً ریمی نغش واقع ہو جانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تقيع الصدر موجود ہے کہ جو ایک شعبہ کے اندر پھٹ گیا ہو اور طویل المدت اصابتوں میں انگلیاں موٹی پڑ جاتی ہیں یا گرز شکل (clubbed) ہو جاتی ہیں۔ دیوار سینہ کا اذیبا، مصلی انصبابات کے نسبت تقيع الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی اہستہ لائی امارت نہیں۔ تقيع الصدر کے اوپر والی دیوار سینہ دبانے سے ایہم پائی جاسکتی ہے۔ نو عمر بچوں میں کھانسی ٹہر (dyspnoea)، قے اور لا غری کا یکجا پایا جانا تقيع الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب یعنی مقامی اور کئی استقار کے باعث بھی کہنہ پلیوریائی کے اندر اصل موجود ہو سکتا ہے۔ طبعی امارات شامل ہوتے ہیں لیکن یہ حالت جسے استقار صدری (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً نرس قلب

یا مرض برائٹ، یا سینہ کے اندر کی بالید کا دباؤ عروق پر پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اور ذات الجنب کے ساتھ جو تھوی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔ حاد اصابتوں کو چھوڑ کر دوسری تمام اصابتوں میں تشخیص کی لغزشیں اتنی کثیر التعداد ہیں کہ ایک مناسب سوئی اور پچکاری کے ذریعہ جلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ فیصلہ کرنا چاہئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے) کہ سیال کی نوعیت دریافت ہو جاتی ہے، اور خوردبینی اور جرثومیاتی امتحان کے لئے ماؤہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ مہجول انصبابات (passive effusions) (استقائے صدری: hydrothorax) میں بڑے سرطانی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن لف خلیے بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام ساریہ میں جو بفقہ سبجیہ یا بفقہ ریویہ کے سبب سے ہوں، کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید خلیے زیادتی کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تدریجی ذات الجنب میں لف خلیوں کا اکثر غلبہ رہتا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی غلیظ بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے، لیکن خون آلود انصباب بالید کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پلوریٹ مصل سے عضویوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جاسکتی، اور اگر عصیہ درنیہ کا حاصل ہونا ممکن نہ ہو، تو مصل کا درنی الاصل ہونا ایک گہنی پگ کی تطعیم (inoculation) کر کے ثابت کیا جاسکتا ہے۔

جیسا کہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جا چکا ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) کا واسطی سلعات (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، خواہ یہ خبیث سلعات ہوں یا لمفائی غدئی (lymph-adenomatous)۔ لیکن اول الذکر کی سرگزشت مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے، اور حملہ مرض سرریج ہوتا ہے۔ تمام اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بغیر انصباب کے ہو یا مصلی فائبرینی انصباب کے ساتھ جو اس کی بیشتر اصابتیں یا تو دوائی علاج سے، یا مایع خارج کر دینے کے بعد

شفایاب ہو جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگزشت مابعد اکثر ناموافق ہو۔ دوسرے سے کم کے بچوں میں تقيج الصدر نہایت ہی ہلکے ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شفایاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی منتفی ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے، اور یہ سرایت ہم زمان طور پر ذات الریہ، التهاب تامور (pericarditis) وغیرہ بھی پیدا کرتی ہے۔ نسبتاً بڑے بچوں میں تقيج الصدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور دوسری کوئی پیچیدہ گیاں نہیں ہوتیں، اسی لئے انداز اچھا بلکہ بالعموم سے بہتر ہوتا ہے، اور پیپ جس قدر جلد خارج کر دی جائے وہ اس قدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں مریضوں کی غالب تعداد منتفی ریوی ہوتی ہے، درآسنا لیکہ بالعموم میں زیادہ مریض منتفی کبھی ہوتے ہیں۔ اگر منتفی ریوی تقيج الصدر التهاب تامور (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، تو انداز خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شفایاب ہوتی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب تدریجی ہو، تو ریوی تدرن کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہئے۔

پسی ہوئی اسی کی پلٹسوں (linseed meal poultices)، اینٹی فلا جسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogen wool) کے لگانے، اور افیون یا مارفیا (morphia) کے داخلی استعمال، یا مارفیا کے تحت الجلدی استعمال سے درو میں تخفیف کی جاسکتی ہے۔ درو کے مقام پر چھالے ڈالنے (blisters)، جونکس (leeches) لگانے یا محجمہ (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین ہوتی ہے۔ ماخوف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس درمیان سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے، درو کم ہو جاتا ہے، اور غالباً التهابی ضلج کسی حد تک رُک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ تباؤل طریقہ جس کو سرچارلٹن برسکو (Sir Charlton Briscoe) نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک بیلٹی (belt) سینہ کے

لے یہ بیلٹی براؤنس اینڈ ایولین، وگمور سٹریٹ، ڈیلوولی (Brice and Evelyn, Wigmore Street, W. I.) سے مل سکتی ہے۔

گرد نہایت مضبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے۔ تندرست جانب پر پیٹی میں ایک پیتل کی کمانی داخل کر دی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ ممکن ہو جائے۔ بند کشیدگی (strapping) چوڑی دھجیوں کی صورت میں کرنی چاہئے جو ریڑھ کی ہڈی سے لے کر عظم القص تک لگی ہوئی ہوں، اس طرح پر کہ متبادل دھجیاں ترچھے رخ میں اور کے طرف اور ترچھے رخ میں نیچے کے طرف جائیں، یہاں تک کہ ساری جانب ڈھک جائے۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہئے۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو منکّنات (anodynes) کی ضرورت کم ہوگی، اور مالحات (salines) جیسے کہ ایسیٹ آف پوٹاشیم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاشیم (citrate of potassium) یا ایسیٹ اور سائٹریٹ آف امونیم (acetate of ammonium & citrate of ammonium) دئے جاسکتے ہیں۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد اور گروسے کے اخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے جذباتیں مدہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد آئیوڈائنڈ آف پوٹاشیم اسکیل (squill) یا دوسرے مدرات (diuretics) ملائے جاسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ایسی ضد خراش (counter-irritation) سے جیسی کہ ٹنچر یا محلول آئیوڈین ماؤف جانب کے اوپر تصبیغ کرنے سے حاصل ہو سکتی ہے، جذب زیادہ ہو جائے۔

مدرتی انصباب کی صورت میں آج کل اہم ترین دستور العمل یہ ہے کہ سیال کو صرف اسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں موجود ہو۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقدار میں کشش کو بچکا کر اور اس کی حرکت کو کم کر کے حقیقتہً مفید ہوتی ہیں، اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق مصنوعی اتر واح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے۔ اگر قلب دوسری جانب کو دھکیل دیا گیا ہے یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق احمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک منزل اور تفریق کے ذریعہ کچھ سیال خارج کر دینا چاہئے۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اُسے اُس وقت تک نکلنے دیا جائے جب تک کہ اس کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے، پس جب تک کہ دباؤ بخود بخود تفریق لپکے گا پھر نکلنا موقوف نہ کروئے۔ وقت بچانے کے لئے اکثر ایک

مصاص (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مانع کو ایک سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوب میں سے بہا کر ایک طرف میں نکال لیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یا در کھنا چاہئے کہ ایسے ذرائع سے مانع کو آسانی ایسی مقدار میں نکالا جاسکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیال کی جگہ جو داخل کر دی جائے۔ شش کو پھیلانے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ مریض کو متواتر وقفوں سے گہری سانس لیننی چاہیے اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہئے۔

اگر سسٹی سے استقصاء (exploration) کرنے پر ظاہر ہو کہ مانع ریہی ہے (تیغ الصدر) تو توجراح کو چاہئے کہ ایک مقامی یا عام معدم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شکاف دے اور پیل کا ایک ٹکڑا قطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسلی کے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مینزل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولچہ (cannula) داخل کیا جاسکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جاسکتا ہے۔ ایک ربر کی ملی جو قنولچہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، تیغ الصدري کہنے کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس کے مشمولات کو ایک دبزدیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے، اور ایک مقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ متقل امتصاص (suction) قائم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت مغفول تیغ الصدري اصابتوں میں باوجود آزادانہ مسیلت (free drainage) کے کہنے سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو چریشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ ہائے عمل ممکن ہیں: — (۱) کہنے کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات جرثومیاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً عقیم (sterile) ملیں۔ کیا ریل کا مسلسل مسیلت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جاسکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے، تاکہ مریض ایک مستقلاً عظیم استرواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کر لے۔ معمولی حاد تنقیح الصدر میں کہفہ کو نہ دھونا ہی بہترین ہے، کیونکہ پلئوٹراپی معکوس غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ ہلاکت غالباً عصب تالیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے، جو تھیب پلئوٹراپی کی خراش کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مریض انصابتوں میں یہ ظاہریہ خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائی جس میں پسیلوں کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائی کہ جس سے ماتھ سینہ کے اندر داخل ہو سکے۔ ویزر خانی پلئوٹرا (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (decortication) اور پھیپھڑا بہ سرعت پھیل کر کہفہ کو پر کر دیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حاد پلئوٹراپی انصابت کی انصابتوں میں جو نبقہ سبجیہ کے باعث ہوں، جراحی عملیہ کرنا چاہیے، مثلاً اس وقت جب کہ سیال کسی قدر گندلا ہو اور خرد بینی امتحان کرنے پر اس میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اُسی وقت عمل میں لانا چاہیے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گندلا سستال اگر مقدار کثیر میں موجود ہو تو اُسے بذریعہ انتصاص (aspiration) خارج کیا جاسکتا ہے۔ کمپ لی، وا (Camp Lee, Va.) کے مقام پر امریکی مشاہدات سے اس طریقہ عمل کا فائدہ اُن نتیجعات الصدر میں معلوم ہو گیا جو خون یا نقش (haemolytic) نبقہ سبجیہ کی وجہ سے ہوئے تھے۔ ابتدائی انصابتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریہ موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرایت زدہ ہو کر عفونتہ الدم (septicaemia) پیدا کر دے۔ انصابت، گو وہ گندلا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دو یا تین ہفتوں میں پریپ نمویاب ہو جائے۔ ایسی حالت میں جزوی استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہیے۔ تنقیح الصدر کے جراحی

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور تھوڑی سی مشق (quinine) اور لوہے سے ہمارا دینا چاہئے۔

استقذار الصدر

(HYDROTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کہفہ پلیوراکے اندر سیال کے اُس اجتماع پر کیا جاتا ہے، جو التهاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض تبراٹ یا کہبت بگر (cirrhosis of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالید کی وجہ سے دوران خون میں مداخلت واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کہفہ پلیورا کا استقذار ہے، اور اس سیال میں اس سے کم البیومین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبی امارات پلیورائی انصبابہ کے طبی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے چونکہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ ذات الجنب کے نسبت بہت زیادہ مرتبہ دو جانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک بہت بڑا ایک جانبی انصباب بھی محض استقذار (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استقذار الصدر کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگزشتہ مرض (history) اور اُس کو پیدا کرنے والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اس کے اندر موجود دھنسنے والے ظوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں مدد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر ایسٹک ایسڈ (acetic acid) التهابی انصباب میں لایا جائے تو ایک سپید گندلا پن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک انصباب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا نہیں واقع ہوتا۔ اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ فر کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیال کو خارج کیا جائے تو اُس کا پھر واقع ہونا تقریباً یقینی ہے، لہذا نزل (paracentesis) یا امتصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب (جو خواہ صرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو) تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

صدر دمویت

(HÆMOTHORAX)

اس اصطلاح سے مراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کھنڈ پلئورا کے اندر ہو۔ اس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اس قدر عام ہیں۔ صدر دمویت عموماً زخموں، تضرعات یا صدری آنورسما (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو سب سے بڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ ہو جانے سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدریجی پلئورا میں واقع ہوتا ہے، یا ایک پل ریبوی کے کھنڈ (phthisical cavity) کے اندر ایک ریبوی عرق کے انشقاق اور ازاں بعد پلئورا کے اندر خون کی وعاہداری (extravasation) سے واقع ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt) یا کبھت جگر ذراتی گروے (granular kidney) یا متع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اولی (primary) معلوم ہوتا ہے، اور اس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔ طبیعی امارات کھنڈ پلئورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہو جانے والی صدر دمویت میں اُسی جانب کا ڈانفرام بلب داؤ پے حرکت ہوتا ہے۔ شش بہت پیکا ہوا ہوتا ہے، اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکو ڈائی گمک (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار انورسما کی حالت میں ماضی سرگزشت پر اور اس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے جو خون کے سریع الوقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر دمویت صرف انتقصاء (exploration) کرنے پر پائی جائے۔ علاج - اگر مایع کو بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اس کے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر خون رات دباؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اسے جذب ہونے کے لئے علیٰ حالہ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر دمویت کو زخم لگنے کے ایک ہفتہ کے بعد امتصاص کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے اور بجائے اس کے آکسیجن داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ عفونی صدر دمویت کے لئے آزادانہ میلینٹ (free drainage) کی ضرورت ہوتی ہے۔

کیلوں صدی

(CHYLOTHORAX)

شاذ اماتوں میں کہنفہ پلئورائی کے اندر کا انصباب سپید اور دودھ جیسا ہوتا ہے، ان سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہنفہ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں۔ بعض اماتوں میں یہ حقیقی کیلوں صدی ہوتی ہے، اور بعض میں ایک کیلوں صدی نما انصباب (chyloform effusion) جس میں لبنی منظر کیلوں صدی (chyle) کے شمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استسقاء شمی کیلوں صدی = Chylous Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناتہ صدی (thoracic duct) کو تضرر پہنچ جانے سے کیلوں صدی دمویت (chylo-hæmothorax) کی اماتوں کا اندراج ہوا ہے۔

استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

اہم اضمیات - کہنفہ پلئورا کے اندر ہوا کی موجودگی استرواح الصدر کہلاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ آبجی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے۔ اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو سر بھی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو دموی استرواح الصدر (hæmo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہنفہ پلئورائی کے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے:-
(الف) دیوار سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے، (ب) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے، یا (ج) کبھی کبھی قرب وجوار کے کسی ایسے حشاء کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ماری و بازت میں ہو کر گذرتا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ تفتیح الصدر کے لئے پہلی کا جزوی استیصال کیا جاتا ہے (ریبی استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب سئل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک کمسور پہلی پلئورا کی دونوں تہوں کو اس طرح متعقب کر دیتی ہے کہ ہوا شش سے کہنفہ پلئورا کے اندر داخل ہو جاتی ہے، تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، دواں حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس اصابتوں پر اسے نوا ایسی تھیں جو سئل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہنفہ (vomica) عمل تفرح کے ذریعہ کہنفہ پلئورائی میں کھل گیا تھا۔ اور نسبت کم عام طور پر ایک تفتیح الصدر پلئورا کے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا ہے اور ہوا پلئورائی آتا چہ میں داخل ہو کر ایک ریبی استرواح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ حاد ذات الریہ میں پلئورا کا مشقوق ہونا معلوم ہوا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ہوا

بہر نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے۔ اور شش کا تعلق الدمی خراج (pyæmic abscess) یا اس کی گنگرین ایک مماثل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک نفاخی آبلہ (bulla) پھوٹ جائے۔ بار بار ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق شش سے، جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو، استرواح الصدر (نیو مٹھوریکس) خود بخود واقع ہو جاتا ہے۔ (ج) شوک کا یا واسطہ کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پٹیوراکے اندر نقب لگاوے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پٹیوراکے اندر ہوا بھی داخل ہو جائے۔ اسی طرح معدے کا قرحہ یا سرطان، یا مری کا سرطان، غذائی قنال سے ہوا کو داخل کر سکتا ہے۔

استرواح الصدر کو اس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open) 'مسدود' (closed) یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax)۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے تو شش خود اپنی لچک کی وجہ سے پچک جاتا ہے۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا شش، بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا شش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسطہ کو کھینچ لے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احشاک کی کیفیت جانبی غیر وضعیت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے، ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے۔ جب سل ریوی کے کنبہ کا انشقاق اس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تاج پٹیورائی شعبی انبوبات سے مرتبط رہے تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جانے سے غیر وضعیت واقع ہوتی ہے۔ ان دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا واسطہ باؤکرہ ہوائی کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax)۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لطف سے بہ سرعت مسدود ہو جائے۔ ایسا ہونے سے مزید وعابداری رک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ہوا تمام تر جذب ہو جائے یکسو دہنی سے پٹیوراک کی دریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں 'او'

بعض اوقات مرض شش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں یہی صورت پیش آتی ہے۔ مسدود استرواح الصدر میں محبوس ہوا کا بتدریج ترقی پذیر جذب واقع ہوتا ہے۔ دباؤ منفی ہوتا ہے اور احشاء کی غیر وضعیت (جبکہ دیگر اہوا مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے۔
مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)۔

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پٹیورانی جھٹلی یا ملف کی ایک دھبی روزن پر لٹکتی رہتی اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنا دیتی ہے۔ ایسی صورت میں شہیق (inspiration) کے ذریعہ سے ہوتا چہ پٹیورانی کے اندر کھینچ آتی ہے لیکن دوران فیر (expiration) میں باہر نہیں جاسکتی۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنی کرہ ہوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ احشاء کی غیر وضعیت (displacement) اور سینہ کا انتفاخ (distension) انتہائی درجہ کا ہو جائے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب مقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے اور ڈائفرام کے تسطح (flattening) اور ارتکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے ہٹ جائے۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزنوں کی طرح مصراعی روزن بھی انضمامات (adhesions) سے مسدود ہو جائے۔

ہبوط شش اور احشاء کی غیر وضعیت کی مقدار مختلف اصابتوں میں شش کی سابقہ حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے۔ اگر شش سہل ریوی میں وسیع طور پر مرضی ہو یا بیشتر حصے میں منظم (adherent) ہو تو ہبوط بہ نسبت اُس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو کم ہوگا۔

طبعی امارات - گنگ (resonance) کا انحصار ایک کہف کی موجودگی پر اور ایسی لچکدار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوا کی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر متعش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122)۔ دیواروں کی لچک زیادہ تر کہف کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں، تو سہم ہوتا ہے۔ نیز وہ اُس وقت بھی احم ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کرہ ہوائی کے

دباؤ کے برابر ہو، جیسا کہ تفتیح الصدر کے لئے جزوی استیصال ضلعی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ سازگار فشاری حالات میں خواہ یہ فشار کڑھوا کے نسبت زیادہ یا کم ہو، قرق کر کے پر ایک تپیلی سسر حاصل ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حرو و نفاثا (bruit d'airain)

یا صوت جرسی (bell sound) بھی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 123، 127) اور نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکاہ (metallic tinkling) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔ یہ امر کہ حرو و نفاثا (bruit d'airain) کا

انحصار کہنے کی دیواروں کی لچک پر ہوتا ہے، اور خود لچک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر منحصر ہوتی ہے، طالب علم حسب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے:۔ وہ اپنا منہ بند کر کے اپنے گال پھیلاتا ہے، اور گال پر ایک سکر رکھ کر اسے دوسرے سکر سے ٹھوکتا ہے۔ اگر منہ کے اندر کی مجوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ والا جائے تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری میٹرز آواز پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ سیال سینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصہ زیریں کے مائع کے اندر ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ تنفسی خیر (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر سمعی رہتا ہے، یا خفیف قدری تنفس

(amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری تنفس شش کے مہوٹ کے باعث ہو سکتا ہے یا اس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کھل کر استرواح الصدر کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اس وقت بھی ممکن ہے جب کہ انضمامات نے شش کو کہف پلئوری کی طرف سے سدود کر دیا ہو، صوتی گمگ (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً

بہت کم ہو جاتے ہیں، لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی (pectoriloquy) اس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری تنفس موجود ہو۔

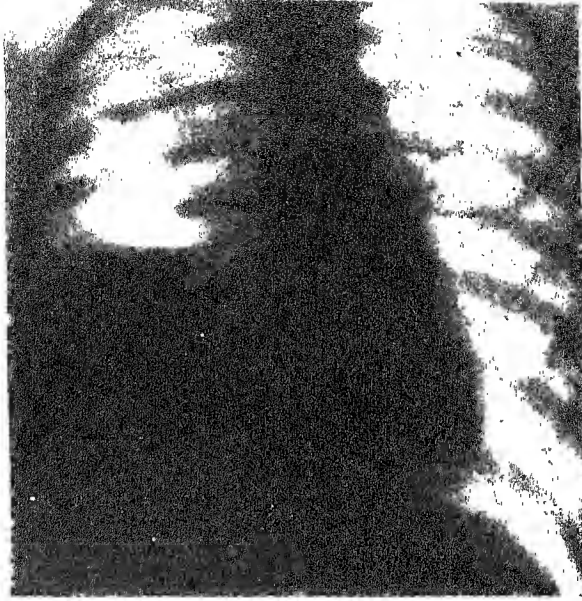
اگر ساتھ ہی مائع انصباب بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے افضل ترین حصے میں بذریعہ تجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ کا پچھلا حصہ اصم (dull) اور اگلا حصہ تپیلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب اگر مریض اٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا افضل حصہ آگے اور پیچھے اٹھ ہو جاتا ہے،

اور بالائی حصہ آگے اور پیچھے، گنگ دار ہوتا ہے۔ اگر ہزہ بقراط (Hippocratic succussion) کا استعمال کیا جائے تو جھلکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے علامات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار سابق مرض کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر استرواح الصدر ایک ایسے شش پر طاری ہو جائے جو وسیع طور پر مرضی ہے تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں جو کہ پہلے ہی موجود ہے نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شش میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر تندرست ہو تو علامات بہت نمایاں ہوں گے اور بالآخر اگر رسل ریوی کی ایک ایسی احابت میں جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے، دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بہ سرعت مہلک ہو جائے۔ علامات شدید احابتوں میں یہ ہوتے ہیں:۔ ناگہانی درد اور اس کے ساتھ یہ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، پھر وقت تنفس کم و بیش بہبوط نبض صغیر کیبوی اور سینہ کا آنا۔ سانس تیز ہو جاتی ہے۔ ماؤف جانب پر سینہ چھو لاہوا ہوتا ہے اور میں الاضلاع فضائیں شہق پرست ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکلیف بڑھتی رہیں حتیٰ کہ چند گھنٹوں یا دو تین دنوں میں موت واقع ہو جائے یا ابتدائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد نسبتاً آرام معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتصابی تنفس (orthopnoea) موجود رہتا ہے۔

تشخیص۔ گنگ دار آواز اور اس کے ساتھ قلت اصوات تنفس یا اور کا شعبی تنفس تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں، لیکن لاشعاعوں کے بغیر ظلمیال عام طور پر ہوتی ہیں۔ لاشعاعیں شفافیت (جو کہ بھٹ پٹیورائی کے اندر ہوا موجود ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے) پچکا ہوا شش اسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا ڈائفرام اور جگہ سے ہٹا ہوا غلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۷، صفحہ 174)۔ استرواح الصدر میں سیال کی موجودگی اس وقت نہایت متمیز لاشعاعی منظر پیدا کرتی ہے جب کہ مریض کا امتحان انتصابی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیال غیر شفاف ہوتا ہے



الف۔ آبی استرواح الصدر کہ جس میں سیال کا لیول دکھایا گیا ہے



ب۔ ڈانفرامی فٹق اور پور سے معدہ کا اوپر کھینچ آنا۔ (یہ شعاع ٹیگما تئیں
مسٹر لنڈ سے لاک نئی ہیں)

اور اس کی بالائی سطح ایک افقی خط ہوتی ہے، لیکن اس کے اوپر ہوا کی وجہ سے ثقلیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۹ الف) مزید برآں جسم کو جھکانے پر بھی سیال کی سطح بدستور افقی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنی ڈائفرام کے وزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر نکل جانا اپنے طبیعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے اور مثل طریقہ سے یعنی سینہ کی کوفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند و صنع قیام ہونا اور ڈائفرام کے نیچے ایسا خراج ہونا جس میں ہوا ہو (زیوڈ ایافرامی استرواح الصدر = subphrenic pneumothorax) (صفحہ ۳۲ الف صفحہ ۴۰۷)۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں۔

انذار۔ ریل روی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے اور اس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آئی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر = artificial pneumothorax) دوسری صورتوں میں انذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار ان حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتق کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اس کے ازالہ کے لئے افیون کا استعمال یا مارفیا (مارفین) گرین) کا تحت الجلدی اشراب کرنا چاہئے، اور گرم پوٹسیں اور تکیدات (fomentations) کا آباً استعمال کرنا چاہئے۔ ہیتجات جیسے کہ شراب انگوری (wine) برانڈی یا ایتھر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی انتفاخ کی حالتوں میں بزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو جس کے لئے کمکی رقبہ پر سیلیوں کے درمیان ایک مینزل (trocar) اور قنولہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے۔ اس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بزل مکرر کرنا پڑے۔ اس کے متبادل طریقہ یہ ہے کہ ایک معدہ ای استرواح الصدر میں

سپرنگل (Sprengel) کا تقطیری پمپ (filter pump) استعمال کر کے ایک متعل متعل منفی دباؤ قائم رکھا جاسکتا ہے (63)۔ اگر سش کے ساتھ ارتباط کا یہ راستہ مسدود ہو جائے تو ہوا غالباً جذب ہو جائے گی۔ لیکن اس کے جذب میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے اکی جگہ آکسیجن داخل کی جاسکتی ہے۔ ایک سادہ تر طریقہ یہ ہے کہ ایک نیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بلند رکھی جائے، ایسا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہو کر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں مصل کو ویسے ہی چھوڑ دیا جاسکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہو تو اسے بذریعہ نزل خارج کیا جاسکتا ہے۔ لیکن پھر اس صورت میں بھی اس کے بجائے آکسیجن داخل کر دینی چاہئے۔ اگر ریوی استرواح الصدر (pyopneumothorax) بنی علامات (یعنی پیشہ تیز نبض وغیرہ) پیدا کر رہا ہو تو اس کا علاج ایک تھقب الصدر کے علاج کی طرح جزوی استیصال ضلعی (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہئے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہو تو اس سیال کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہئے جو مصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

ڈائفرامی فتق

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کردہ خفا مشمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کر دیتا ہے، اور ایسے طبعی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ ڈائفرامی فتق یہ ہے کہ مشمولات شکم میں سے ایک یا زائد عموماً معدے کا، یا ثرب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈائفرام کے ایک روزن کی راہ سے اوپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو قفسر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سینہ کا ایک زور کے ساتھ مضبوط ہو جانا، یا یہ ایک پیدائشی نقص ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشا رہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اثنائیں اوپر کو کھینچ جاتا ہے (صفحہ ۹۰ ب)۔

علامات - جب ڈاکٹر انفرام تفر سے مشتوق ہوجاتا ہے تو ابتدائی علامات جیسے کہ درد، بھر اور ہیٹوٹ (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں اور کچھ مشمولات صدر کے دفعۃً درہم برہم ہونے اور اسی جانب کاشتش پیک جانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور التهاب باریطون بھی نمودار ہو سکتے ہیں، مگر ان علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں چوٹ کا اولی اثر رفع ہوجاتا ہے اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی مھوی۔ ریوی علامت بالخصوص سانس کا پھول جانا ہے، لیکن یہ حیرت انگیز ہے کہ بعض اصابتوں میں سینہ کے طرف بہت کم اختلال محسوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سودہ مضغ، درد، ریجکت اور شاید قے مشاہدہ میں آتی ہے۔ یہ علامات دورے کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبعی مقام پر احشاء کا امتیاز یا متعین ہوجاتا ہے۔ ایک تازہ اصابت میں جب کہ معدہ کسی وجہ سے ڈاکٹر انفرام کے آریار اوپر کے طرف ٹکس کر کشش کو پھپکار رہا تھا، دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

طبعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:- حصہ زیریں میں جہاں بروز کردہ حشا واقع ہے، بیش گلس (hyper-resonance) اور ساتھ ہی اصوات نفث کا فقدان، تفرغ کی آوازیں (gurgling sounds) جو ہنرہ (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo) اور حروغ خاص (bruit d' arain) اگر حشائی انتشار زیادہ ہے تو قلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

نبرد انفرامی اسٹولوج الصدا (subphrenic pneumothorax) بھی کبھی قدر مائل طبعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ

اُس سے پیدا ہونے والی بیش گنگ (hyper-resonance) سینہ میں اتنی بلند واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگزشتِ مرضِ مُمتد تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص۔ ڈائفرامی فتق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جا سکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۴ ب)۔

علاج۔ بعض مریضوں کو ابتدائی تکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزاکا امتیصال کر کے حشاء کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈائفرام کو سہی دیں۔

التهاب واسط

(MEDIASTINITIS)

التهاب واسط قیچی ہو سکتا ہے یا غیر قیچی۔ اول الذکر یعنی واسطی خراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں :- گولی کے تفرات، و خز (stab) یا ضرب (blow) اور غدولفانیہ کا تدرن۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج ذات الریہ ذات الحنجہ سرخاہ یا تپ محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسط میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ خاص علامات قیچی درد (sternal pain) اور تپ ہیں۔ طبیعی امارات صرف اسی وقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جہت کو پہنچ جائے۔ ایسی حالت میں اصمیت (dulness)، مقامی الیمیت، عظمِ قفس پر اذیمہ اور بالآخر اس بڑی کسے کنارے پر تموج (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کروینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القص کو ترخان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کر دینا چاہئے۔

ضرورت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے انصت مامی (adhesive) یا غیر ترقعی التهاب واسط پیدا ہو سکتا ہے، لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الجنب اور رثیتی التهاب تادمو (rheumatic pericarditis) ہیں، بالخصوص آخر الذکر جو ایسی صورت میں لیفی التهاب واسط (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر انضمامی (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 M. Brown and C. G. Imrie .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N. S., i., p. 319.
- 2 Ff. Roberts .. 1922 *Journ. Physiol.*, 56, p. 101.
- 3 Sir W. Hale-White . 1924 *Lancet*, i., p. 263.
- 7 Campbell, Hunt and Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.
- 8 P. H.-S. Hartley & I. J. Davies .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1052.
- 9 J. F. Gaskell .. 1927 *Lancet*, ii., p. 951.
- 10 C. McNeil & A. R. MacGregor .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 582.
- 11 C. Wall & J. C. Hoyle .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 597.

- 12 W Burton Wood .. 1930 *Lancet*, i., p. 1339.
- 13 S. Van Leeuwen .. 1922 *Neurotherapie*, No. 6.
- 14 H. W. Barber &
G. H. Oriel .. 1928 *Lancet*, ii., pp. 1009, 1064.
- 15 S. Van Leeuwen .. 1924 *Klin. Woch.*, 3, p. 520.
- 16 A. Francis .. 1917 *Partitioner*, August.
- 17 S. Van Leeuwen .. 1923 *Klin. Woch.*, 2, No. 27.
- 18 J. Freeman .. 1920 *Lancet*, ii., p. 229.
- 19 S. Van Leeuwen &
Varekamp .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1366.
- 20 A. G. Auld .. 1921 *Lancet*, i., p. 698.
- 21 S. Gilbert Scott .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 939.
- 22 S. Van Leeuwen .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 344.
- 23 McCrae (Lumleian
Lectures on Foreign
Bodies in the
Bronchi) .. 1924 *Lancet*, i., pp. 735, 787, 838.
- 24 Review on Respira-
tory Diseases .. 1920 *Med. Sci.*, i., p. 462.
- 25 A. Abrahams .. 1920 *Lancet*, ii., p. 543.
- 26 Zadek .. 1921 *Med. Sci.*, 5, p. 103.
- 27 Review on Pneu-
monia .. 1921 *Med. Sci.*, 5, p. 110.
- 28 W. Smith .. 1924 *Lancet*, i., p. 257.
- 29 S. L. Cummins .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 186.
- 30 B. Alcock, M. Doug-
las, & H. C. Lucey 1925 *Lancet*, i., p. 1332.
- 31 Sir C. Allbut &
Varrier-Jones .. 1922 *Lancet*, i., p. 105.

- 32 B. Hudson and Leonard Hill .. 1924 *Lancet*, i., p. 1147.
- 33 Weill & Dufont .. 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.
- 34 W. C. Bosanquet .. 1928 *Lancet*, i., p. 24.
- 35 R. C. Wingfield .. 1924 *Lancet*, ii., p. 354.
- 36 Gravesen .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 506.
- 37 H. Morriston Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315.
- 38 C. Lillingston .. 1923 *Lancet*, i., p. 96.
- 39 W. A. Lister .. 1927 *Lancet*, i., p. 112.
- 40 H. C. Cameron & A. A. Osman .. 1923 *Lancet*, i., p. 1097.
- 41 F. J. Poynton & Reynolds .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1100.
- 42 W. S. Miller .. 1923 *Journ. Exp. Med.*, 38, p. 707.
- 43 W. S. Miller .. 1913 *Journ. Morphol.*, 24, p. 459.
- 44 S. C. Simpson .. 1929 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 413.
- 45 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Reps.*, 79, p. 376.
- 46 G. H. Oriel .. 1929 *Personal Communication*.
- 47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.
- 48 F. A. Knott & J. W. Thornton .. 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

- 49 Argyll Campbell &
E. P. Poulton .. 1935 "Oxygen and Carbon Di-
oxide Therapy." *Ox-*
ford Med. Pub. 1935.
- 50 W. E. Gye & E. H.
Kettle .. 1922 *Lancet*, ii., p. 855.
- 51 S. L. Cunmins &
A. F. Sladden .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 554.
- 52 L. G. Irvine .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 693.
- 53 P. d'Arcy Hart .. 1932 *Med. Res. Counc. Spec.*
Rep. Ser. 164.
- 54 P. d'Arcy Hart .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S.,
i., p. 49.
- 55 A. Loewy .. 1934 *Arch. Med. Hydrol*, p. 261.
- 56 G. Maurer .. 1930 *Lancet*, ii., p. 72.
- 57 F. G. Chandler .. 1930 *Lancet*, ii., p. 74.
- 58 A. J. S. Pinchin &
H. V. Morlock .. 1933 *Lancet*, i., p. 1114.
- 59 H. C. Cameron .. 1932 *Guy's Hosp. Reps.* 82, p.
290.
- 60 A. Tudor Edwards.. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 827.
- 61 W. Brockbank .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S.,
i., p. 31.
- 62 Ff. Roberts .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 142.
- 63 E. R. Boland .. 1934 *Lancet*, i., p. 231.
- 64 Chevalier Jackson.. 1930 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 24,
p. 1.
- 65 R. V. Christie .. 1936 *Oral Communication.*

ناک گلے اور کان کے امراض

(طبی نقطہ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض جو عام طور پر ”زکام“ (”cold in the head“) کے نام سے مشہور ہے، ناک کی مخاطی تھلی کا نازلی التهاب (catarrhal inflammation) ہے (عارضی التهاب لافانی) جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نازلی خراش حلق = catarrhal sore throat) نیز طمحات چشم (conjunctivæ) جیہی اور دیگر اجواف اور یومیکی آبوبات (Eustachian tubes) کو ماؤف کر دیتا ہے اور ممکن ہے کہ حنجرہ (larynx) قبضتہ البریہ (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اولی طور پر یہ ایک سرایت ہے جو کہ اس ریتی رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھلتی ہے جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے پھینکنے یا بولنے کی آٹنایں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سببہ حمله سے حاصل شدہ اُمنیت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر سرایت پہنچا دیں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق ”منظار گذار“ (filter-passing) coccioid جسم ہے جس کا قطر ۲ تا ۳ میکرونی (micron) ہوتا ہے اور جو منفرد یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے اور التهاب رماؤ النخاع (poliomyelitis) کے قشب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر طبی ناک اور گلے کا جزو میانی امتحان کیا جائے

بظاہر زندہ جراثیم کے منطقے پائے جاتے ہیں۔ بندوقاً عنیبہ (Staphylococcus albus) اگلے منخروں میں موجود ہوتا ہے۔ عصیہ عفونی (Bacillus septus) جو کہ ایک ڈیفٹیریا (diphtheroid) ہے، ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خرد بندوقاً نازلتی (Micrococcus catarrhalis) نفی بلعوم میں اور بندوقاً سپیڈ لخصہ (Streptococcus viridans) لوزین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو بندوقاً مسجید لخصہ عام طور پر سب سے پہلا عضو یہ ہوتا ہے جو کہ شدید وید کے ساتھ نشوونما پاتا ہے، بالخصوص اسکی زیادہ خون یا شش لئیں اور زیادہ طبعی باشندوں کی بہ نسبت یہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان رکھتا ہے۔ کچھ دیر بعد کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی حملہ آوروں کی فعالیت ظاہر کرتی ہے، مثلاً عصیہ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus) بندوقاً ریویرہ قسم چہارم اور بندوقاً عنیبہ ذہبیہ (Staphylococcus aureus) کی اور ان میں سے کوئی بھی جو فوں میں مقامی طور پر پایا جاسکتا ہے بشرطیکہ ان میں مقامی تعلق موجود ہو۔ اسی طرح وہا کے لحاظ سے ایک قسم کا عضو یہ غالب نظر آتا ہے اور بعض وباؤں میں فیکر کے عصیہ انفلوئنزائی (Pfeiffer's Bacillus influenzae) کے سواباتی سبب عصبی غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا معد سبب انفی غطاوی مخاطی کا درم اور امتلاء ہے۔ عموماً یہ ایک تحرکہ ہوائی سے جس کے ساتھ ہی تغیر پذیر لیکن فی الجملہ سرد درجہ پیش ہوا پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخر الذکر واقعہ کی وجہ سے ”سردی لگ جانے“ (catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وباؤں بھی ایسے ہی حالات کے تحت واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں خانہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر ایسے گرم اور جس وار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن ہوا کے جھوکوں (draughts) سے جن کا فرش ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر گرم اور پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطہ نظر سے سر کو اور انفی غٹائے مخاطی کو ٹھنڈا اور متحرک ہوا میں ہونا چاہئے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہئے (L. Hill)۔

علامات - ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ چھینکوں کا حملہ ہو یا حلق میں کچے پن یا خراش کا احساس اور نکلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ ان سے پہلے ناسازی کا احساس ہو اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور درد سر اور عدم اشتہا موجود ہو۔ چھینکوں کے بعد جلد ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے اور

غشائے مخاطی کے درم کی موجودگی سے اور جس شامہ کے زائل ہو جانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stiffness) احساس ہوتا ہے۔ نرم نالو، لہذا (uvula)، بلعوم اور لوزتین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں زیادہ مسرخ ہو جاتے ہیں۔ زیادہ شدید امصابتوں (ثقراضی خراش حلق = ulcerated sore throat) میں لوزتین نالو اور بلعوم پر سطحی خراشیدگیاں (abrasions) ہو جاتی ہیں، زبان فرور (furred) ہوتی ہے، اور نمایاں بینی اختلال (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں مسرخ اور مبتل (suffused) ہوتی ہیں اور اُن سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے، جبھی جوف (frontal sinus) کی ماؤقبت کے باعث ابرور درو ہوتا ہے، اور یوسٹیکل انوبہ کے بند ہو جانے سے بہر این ہو سکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر حموی تعال (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلت (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے، تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش اور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلت اور آگے پھیپھڑوں تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہو جائیں گے جو کہ دوسری جگہ شبی التهاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس حاد درجہ میں تخفیف ہو جاتی ہے اور کلی صحت ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے، اور وہ مغلطہ کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہو جائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے لیکر دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التهاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہو جائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرایت حاد التهاب حنجرہ (acute laryngitis) یا شبی التهاب (bronchitis) کی طرح شروع ہو کر بالآخر اوپر کے طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سر یہیاتی نقشہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فرد واحد میں سرایت کا مقرر خاصہ یکساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام ہمیشہ التهاب بلعوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے، تو دوسرے کسی شخص میں بطور التهاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے اور تیسرے میں شبی التهاب (bronchitis) کی طرح، اور علی ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں

ایسی مکرر سرایتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصے کو مآف کرتی ہیں انتہائی رجحان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے لوزین نکال دئے گئے ہوں، زکام ایک التهاب بلعوم یا التهاب جگرہ کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ صحت یابی میں زیادہ اور زیادہ تاخیر ہو کر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے جو بلعوظ اس امر کے کہ پہلے کو ناس تصدناؤں سے ہوا ہے، مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) مزمن نالیاتی التهاب جگرہ (chronic catarrhal laryngitis) مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عادی التهاب الانفہ بعض ساری امراض مثلاً الفلوئز، اکھسرا، و قمعیریا، خلقی آتشک (congenital syphilis) سرابہ (glanders) وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تختہ زبرد (prevention)۔ اہم نذایر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحیح ہو جس کے ساتھ وافر بیرونی خانہ ورزش کی جائے اور قوی اشخاص روزانہ سرد غسل کریں نیز جس والے (stuffy) کمروں سے اور خاص کر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈیلیو گلیک (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مریض چیت لیٹا ہوا ہو ایک یا دو پیسپون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم لکیڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ (ایک حصہ میں ۲ یا ۳ حصہ) ایک نالیچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ربر کا گوند لگا ہوا ہو باری باری سے مریض کے ہر تنفس میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ حلق میں محسوس ہو تو نکلا جاسکتا ہے یا اگر یہ آنٹوں میں قلعن اثر پیدا کرتا ہو تو اسے نفث کے ذریعہ مقلو کا جاسکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لانا چاہئے یا اگر زکام کا خدشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایکٹیکینی (collapsable) نلی میں بھی حاصل کیا جاسکتا ہے اور اس میں ۱۰ گرین فنتھال (menthol) ملا یا جاسکتا ہے یا اس کو روز نیال (rosettol) کے ذریعہ خوشبو دار بنایا جاسکتا ہے۔

بہت سی اہباتوں میں انفی یا شعبی نازلت، اُن جُدریات (vaccines) کے ذریعہ جو تنفسی راستوں میں وباؤں میں موجود رہنے والے عصبوں (bacilli) اور بقیوں (cocci) سے

تیار کئے ہوئے ہوں روکی جاسکتی ہے۔ خودزاد جدربیات (autogenous vaccines) جو خود مریض کے بساق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے، یا اسکی ناک اور حلق کی پشت سے لی ہوئی عقیم پھیر بریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کئے ہوتے ہیں، اشتراک کئے جاسکتے ہیں یا مغز فی جدربیات (stock vaccines) میں لگا جاسکتے ہیں۔ جدربیات تیار کرنے میں پیار رکھنا اہم ہے کہ مادہ حاصل کرنے کے بعد اسکی کاشت اور حضانت فی الفور عمل میں لانی چاہئے۔ بادی النظر میں یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک منقطار گزار عضویہ کے باعث ہوتی ہے، تو جراثیم سے تیار کئے ہوئے جدربیات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ شبیسی عضویہ کے فعل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ آور اس کے ساتھ ہم باش (symbiotic) ہو جائیں، جیسا کہ خنزیر بری انفلوینزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ آور کا ضد عمل کرنا کافی ہے۔

علاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ گلیگ کا علاج انفی کام (nasal coryza) کو دبا سکتا ہے اور آخری درجوں میں جبکہ افزاء مخاطی رہی ہو جاتا ہے اور دوبار بار خارج ہوتا ہو اس کے ذریعہ بہت فائدہ ہو جاتا ہے لیکن اس سرایت پر جو کہ خنزیر یا فصد تک پیل پکی ہو اس کا کچھ اثر ہو گا اگر کھانسی تکلیف دہ ہو تو نمید عرق الذہب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے، اسپیرٹس آف نائٹس ایتھرس (spirits of nitrous ether) کے ساتھ، یا مرکب صغیہ کا نور (compound tincture of camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہو گا۔ یا ایک مناسب شمامہ (inhaler) کے اندر ابلتے ہوئے پانی میں یو کالپٹس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے رکھ کر اس کی بھاپ کا استنشاق کیا جائے۔

مزمن التهاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دو شکلوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں جو مزمن پیش پرورشی التهاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے، ناک کی اور زیرین مقلول زائدوں (lower turbinated processes) کی غشاء مخاطی بہت دبیز ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعوم میں پہنچ جائے اور تحتانی مقلول اجسام کے

پچھلے سروں کو ماؤن کر دے۔ یہ کم از کم بیشتر اصابتوں میں بجائے ایک التهابی ورم ہونے کے عرق حرکی (vasomotor) ورم ہوتا ہے۔ یہ جو فی مرض (sinus disease) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے۔ اور شامہ کی جس کم ہو جاتی ہے۔

مزمن ذیلولی التهاب لانت (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی جھلی مذبول ہو جاتی ہے، اس کے بدبودار مٹی اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozena) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی جھلی تیلی ہو جاتی ہے، اور اس کی سطح پر پیریاں (crusts) جمع ہو جاتی ہیں۔ شامہ کی جس رائی ہو جاتی ہے۔

حساسیتی التهاب الانف (allergic rhinitis)۔ یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے، جو کہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ مریض کو دورے کے ساتھ جھینکے آنے لگتی ہیں، بالخصوص سیدھا ہونے پر۔ غشاء مخاطی شاہب اور اسفنجی ہوتی ہے۔ کیلشیم لکٹیٹ (calcium lactate) گرین ۱۵ دن میں دو مرتبہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی اصابتوں میں مؤثر علاج ہے۔

علاج۔ پیش پرورشی قسم (hypertrophic form) کے لئے دفع عفونت محمولات کے رشاشات (douches) یا انطولات (sprays) استعمال کرنے چاہئیں جن میں کاربولک ایسڈ، پورک ایسڈ، بوریکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دباؤ موجود ہو تو وہ گیلوانائی کوآڈ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جاسکتی ہے۔ حاد التهاب الانف کے تحت بیان کیا ہو اگلیک (Glegg) کا علاج بھی مفید ہو سکتا ہے۔ مریض کے صحیح ماحول (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذیلولی ضم (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مماثل لیکن نسبت کم امید افزا ہوتا ہے۔ پیریاں کو دکھلانا و افعات عفونت، بلا واسطہ یا نفول (douche) یا مرشہ (spray) کے ذریعہ سے، لگانے چاہئیں۔ مقویات (tonics)، جیسے لوماسکینیا، یا کاڈیچلی کاتیل مڈرتے ہیں۔

التهاب الاجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر نزد انفی اجواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ فکی مخارات (maxillary antra) بھی اجواف اور مصفاقی خلیات کا اگلا گروہ، اگلے اجواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفاقی خلیات اور وندری جوف پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔ یہ اجواف، حاد انفی سرائیٹوں مثلاً زکام سے متاثر ہو سکتے ہیں اور ان کے فتحات غشاء مخاطی کے متورم ہو جانے سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہو سکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ پیش کا معتدبہ ارتفاع ۱۰۳ ف تک ہو جاتا ہے۔

حاد التهاب الاجواف کا علاج مخصوص اضافی کتب میں پایا جائیگا، لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ غشاء مخاطی میں سکیر (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوئین (cocaine) یا پوایڈرینین لگائی جاتی ہے۔

حس من التهاب الاجواف - نزد انفی اجواف کی مزمن سرائیٹوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں ریم کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سبب علامات پیدا کر دیتی ہے۔ پس انفی مواد کو ممکن ہے نکل لیا جائے اور اس طرح یہ جوہر منہ کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کر دے اور اس طرح التهاب شعبی بلکہ متکد الشعب کے متوالی حملے واقع ہوں۔ مزید برآں یہ مواد بلعوم کی لطف آسا بافت کو سرایت زدہ کر دیتا اور اس طرح گلے کی خراش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورتیں غلطی سے لوزٹین کو قصور وار سمجھ لیا جاتا ہے۔

تختیجیس ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا مخاطی ریم کے لئے امتحان کر کے کیجاتی ہے۔

یاجمہ کالا شعاعی امتحان کر کے کی جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں عتیمت نظر آتی ہے۔

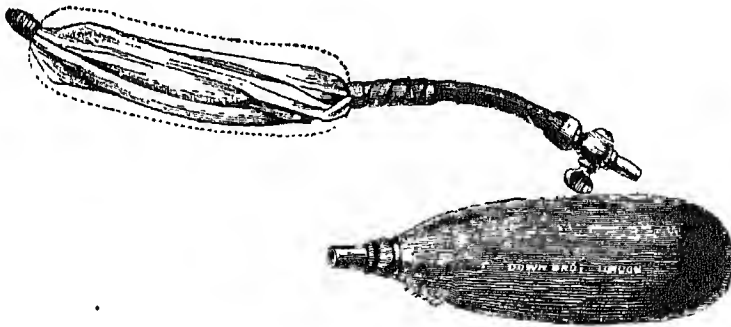
علاج۔ قوی انفی اطولات کے ذریعہ علاج کرنے سے افاقہ تو ہو جاتا ہے، لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی میلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصیباتی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

رُعاف (نکیر)

(epistaxis)

رُعاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہو سکتا ہے۔ اول الذکر میں سے یہ ہیں:۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو نوچتے رہنا، ناک مسکنا۔ زیادہ کثرت سے ادماء خود بخود شروع ہو جاتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ یہ انفی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔ دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں وُفقیہ یا خبیث بالیدیا اور تعدد عروقی اتساعات (telangiectasis)۔ درمیانی عمر میں وہ نسبتاً کم عام ہوتا ہے، لیکن

198



شکل۔ ایکوپر روز کی تفصیلی۔

پھر زیادہ عموماً لے اشخاص میں جن کے عروق میں اسخطا شروع ہو گیا ہو، کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایٹھیروما (atheroma) سے تعلق رکھتا ہے۔ نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure)، برائٹ (Bright) کے مرض بزرگی کہبت (cirrhosis)، قلبی معیاعی مرض (cardiac valvular disease) امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی عدم دہشیں

اور سفید دھوئیں (پیرپور (purpura) اسکروی (scury) اور بعض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور جیمیات ناکہ) اور کبھی کبھی انفلوئنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے، ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے ٹپک ٹپک کر معدہ کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قے ہو کر یا براہِ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدم (hæmoptysis) کا شبہ پیدا کر دے۔ بلند فشارِ دمی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رِغاف ہونے سے وہ درد سر رفع ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔

ناک کے معائنہ سے دمی نقطہ دریافت ہو جاتا ہے، اور ایڈرینالین گاز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصنام کر کے مقامی اساق کیا جاسکتا ہے یا کئی (cauterise) کیا جاسکتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی پھیلی استعمال کی جاسکتی ہے۔ موخر منخروں کا اصنام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

حلق

التهاب اللوزہ

(tonsillitis)

لوزتین لطف آسا بافت کے تودے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اور پچھلے ستونوں کے درمیان واقع ہیں، اور انھیں لطف آسا بافت کے دوسرے تودوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقوی لوزتین (faucial tonsils) کہتے ہیں۔ ان دوسرے تودوں میں سے بعض قاعدہ زبان میں واقع ہیں جن کا نام لسانی لوزتین (lingual tonsils) ہے، اور بعض انھی بلعوم میں، جنھیں بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزہ لشفکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں۔ حلقوی لوزتین میں لطف آسا بافت، خلیوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے، جنھیں جراثبات (follicles) کا نام دیا گیا ہے، اور

گہرے انشعاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر رہتے ہیں اور عمیق نیچے کیسے تک پہنچتے ہیں جو بلعوم کے عضلی جرم کے ساتھ متماثل ہوتا ہے۔ ان طاقوں میں تندرستی کی حالت میں بھی جراثیم کے ملنے والے انواع مل سکتے ہیں، لیکن بنفقات سببیمہ، بنفقات عنیبہ، بنفقات ریویہ، بخن، حذقہ، نائلت، عصیبہ فریڈلانڈر، وغیرہ۔ لوزین دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہو سکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں تو سرایت عفتی لمفائی غد میں منتقل ہو سکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جڑے کے زاویہ کے قریب قصبی علمی عضلہ کی اگلی کور کے نیچے واقع ہے، مشرک سباتی شریان کی دو شاخوں پر پڑا ہوا ہے، اور غدہ لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے تیز کیا جاتا ہے۔

التهاب لوزین کا بیان پہلے بعض ساری امراض، یعنی دفتھیسیریا، قرمز (scarlatina)، آرتھک، اور حاد ریشہ (acute rheumatism) کے تعلق میں کیا گیا ہے۔

جسے التهاب اللوزہ (follicular tonsillitis) ان سرایتوں کے علاوہ جو کہ ابھی بیان کی گئی ہیں، لوزین کے لمف آسما اور جرابی جرم کا التهاب بطور خود و طور پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں مہینوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہو کر رہتا ہے۔ یہ غالباً سرایت کے باعث ہوتا ہے، یا ان عضویوں کی تشبیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو طاقوں میں محض پڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ بنتلاشدہ شخص کی یا اسکی بافتوں کی قوت مدافعت ضعیف ہو جاتی ہے۔

علامات - لوزہ سرخ اور متورم ہو جاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں وجہت یا واغ پیش کرتا ہے، جو ریجی ارتشاح (exudate)، تسلخ شدہ (exfoliated) سر علمہ، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں، لمف خلیوں اور جراثیم کے تودے ہوتے ہیں، اور طاقوں کے دہن پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جڑے کے زاویہ کے پیچھے یہ ورم باہر سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ شدید قسموں میں طاقوں کا افزاز زیادہ وافر ہوتا ہے، اور وہ بڑے چمکدار سپید صدمات (plugs) سے متھو ہوئے ہیں، جو دفتھیسیریا کے سپید مادے سے قریبی مشابہت پیش کر سکتے ہیں، جراثیمات

باہم پیوستہ ہو کر ایک ایسی چکیتی بنا سکتے ہیں جو کہ دفعہ یا کی غشاء سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ اکثر اوقات ہر دو لوزتین ماؤف ہوتے ہیں۔ مقتدل بینی اختلال، فردار زبان، کسلبندی کا احساس، مقامی بے آراچی، تنگنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر تیش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عنقی عدد بڑے ہو جاتے ہیں۔

صرخی تشعیر صبح۔ لوزتین کی سنجی بافت (parenchyma) کے خلیات اور جراثیم کے خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جراثیم میں نہایت چھوٹے چھوٹے بھوڑے بنکر طاقوں کے اندر چھوٹ رہیں۔

تشخیص۔ وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈفٹیجیسیا کے ساتھ ہو جاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقتور کے اندر افراز کے صمام کی صرخی تلوین سے، یا ایک جانب پر متعدد صمامات کی موجودگی سے انکی شناخت ہو جاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد سیب چکیتی کا ہونا جو بہ ظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس چکیتی کا نرم تاؤ تک پھیل جانا، دفعہ یا یا زنجہ ولسنٹ کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جرنو میسائی کاشت کام میں لانا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتفاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزتین پر جالس (astringent) یا دافع عفونت محلولات لگانے چاہئیں جیسے کہ صبیغہ ابو ذرین (برش فارما کو بیبا)، گلیسرین آف ٹینک الیڈ، اور صبیغہ پرکلورائڈ آف آئرن (۵ قطرے ایک ڈرام گلیسرین میں) پوٹاسیم کلورائیڈ کے لوزنج یا رھاٹنی اور فارمالین (rhatany & formalin) کے اقراص بھی چوسے جاسکتے ہیں۔ صبیغہ گواناکم (tr. of guaiacum) یا گواناکم کے اقراص اور سوڈیم سلی ٹیلیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع بقیات سبجیہ (anti-streptococcal serum) کے اثرات دئے جاسکتے ہیں۔ دافع قرمز بہ نما (anti-scarliniform)۔ اکعب سنٹی میٹر، کثیر کرمز (polyvalent) ۲۵ اکعب سنٹی میٹر جو کہ دو دن کے بعد کر دیا جاتا ہے۔

قرینیت بلعوم (keratosis pharyngis) یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طافات کے دھنوں پر چھوٹے سفید روزات پائے جاتے ہیں، جو کہ جراثیمی التهاب اللوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے میرا ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات

خفیف خراش حلق کی شکایت کیجاتی ہے۔ مرض کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا، لیکن وہ چند ہی دنے قائم رہنے کے بعد خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔

گسٹرو لوزی خراج (peritonsillar abscess) (ذاتی ما لوزیہ: quinsy)۔ اس حالت میں کیسہ لوزہ اور لوزی مہاو کی عضلی دیوار کے درمیان قلع و قمع واقع ہو جاتا ہے۔ پھوڑ کا ٹھیک محل وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن بیشتر وہ اس فضاء کے بالائی دو تہائی میں واقع ہوتا ہے۔ لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیل دیتا اور حسی بافتوں میں تداخل کرتا ہے۔

بیماری اسباب۔ یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمر کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں اور بار بار مہستلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب لوزی سرایت کا لوزہ کے کیسہ سے باہر پھیل جانا ہے (گر لوزی التهاب = peritonsillitis)۔ بعد میں قلع و قمع ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ ایک یا دونوں لوزین کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لوزہ سرخ اور اپنی قدرتی جسامت سے دوگنا منورم ہو کر خط درمیانی کے طرف ابھرتا ہے اور لہا (uvula) کو ہٹا کر ایک طرف کرتا ہے۔ اگر دونوں لوزین ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ وہ خط وسطی میں مل جائیں اور لہا کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ ورم اور سرخی نرم تالو کو متاثر کرتی ہے جو کہ سامنے کو ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک اذیمارزدہ ہو جاتا ہے۔ سطح عموماً چمکی چمکدار اور رنگ میں گہری سرخ یا ارغوانی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جائے تو بیڑے کے زاویہ کے پیچھے بین ورم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشر پرہ اور متلی کے ساتھ شروع ہوتی ہے اور فی الحال بہت زیادہ ہوتا ہے۔ زبان پر فرکی موٹی تہ چڑھی ہوتی ہے، بھوک چلی جاتی ہے اور پیش ۱۰ یا ۱۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ نکلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے اور منہ کے اندر ریت اور مخاطی افراز جمع ہو جاتے ہیں اور انھیں بار بار تنہو کنا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک میں قلع و قمع واقع ہو جاتا ہے۔ رسولی جو پہلے سخت تھی اب نسبتاً نرم ہو جاتی ہے اور انگلی سے دب جاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جبر سے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے بیب کی موجودگی شناخت کیجا سکتی ہے۔ اگر پھوڑ کو نیچے چھوڑ جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے، پیش کم ہو جاتی ہے اور صحت جلدی چار سے سات روز تک کے اندر ہو جاتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ قیہیت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

شاہ صورتوں میں پھوڑے نے گردن یا سینہ کے اندر نقب لگادی ہے، یا سبائی شریان کو کھالیا ہے، یا اپنی پیپ حجرہ کے اندر خارج کر کے اغتصاص (suffocation) پیدا کر دیا ہے۔

تشخیص۔ ذبحہ لوزیہ (quinsy) جراثیمی التهاب لوزہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر بیک جانبی ہوتا ہے، اس میں تپ زیادہ شدید ہوتی ہے، سرخی منفصلہ حصوں تک پھیل جاتی ہے، افزائیاں کے اندر جمع نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج۔ ارتفاع حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درد میں برف سے اکثر تخفیف ہو جاتی ہے۔ اسے جو کھنا بھی چاہئے اور باہر سے بھی لگانا چاہئے۔ حاد علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلی سیلیٹ آف سوڈیم، اتناہ اگرین کا دغلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسل (ایک فی صدی) سے غارہ کرنا دروکتسکین دیتا ہو اگر تفتیح شروع ہو گیا ہے تو گرم کمبڈ (hot fomentations) اور پولیس غالباً اس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہو جائے تو پھوڑے کے ابھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوکدار مشرط (bistoury) سے (جو اس کے آخری نصف انچ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہوتا کہ دہن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شگاف لگا دینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں مصل وافع نبقات سبجیہ کا اشراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزتین کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils)۔ بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے، اور یہ اکثر لوزتین کی کلانی پیدا کر دیتی ہے، جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ رفع ہو جائے۔ لیکن مزمن عفونی لوزتین چھوٹے، اور حلقوم کے استونوں کے درمیان گڑے ہوئے بھی ہو سکتے ہیں۔ مابقی حاد التهاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات۔ بڑھے ہوئے لوزتین سستی بانفت اور جراثیمی بافتوں کی پیش رو ش ظاہر کرتے ہیں، ساتھ ہی طاقوں میں افزائہ کالم و بیش اجتماع ہوتا ہے، اور طاقے بڑھے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مرض التهاب لوزتین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکہ ہم پہنچاتا ہے کہ جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ جوئے خون سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ دانگوں کے درمی پھوڑوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس میں سے بہت سے اطلاق یہاں بھی ہوتا ہے۔ دندانى عضونت بالغوں میں عموماً زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوزتین بحیثیت سرایت کے منبعوں کے نسبت زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اولی مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گاردینر (Gardiner) نے علیہ میں نکالے ہوئے لوزوں کے غمقی رخ سے ہمیشہ کاشتیں حاصل کیں۔ حاد رثبتہ (acute rheumatism) اور التهاب گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ لوزتین درنہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ ہم پہنچا دیں۔ درحقیقت لوزتین کی بعض کلاسیاں درنہ کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، اور لوزہ کی شغاع فطرت (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

علامات۔ لوزتین پھیکے گلابی رنگ کے سطح پر خشک دار، اور کثافت میں سخت ہوتے ہیں، اور ایک لہوق (spatula) سے دبائے پران کے اندر سے پیپ یا جینی مادہ نیوڑا جاسکتا ہے۔ جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں جب وہ بڑے ہوتے ہیں تو ساتھ غدد بھی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں انفی تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ بچہ منہ کھولے ہوئے سانس لیتا ہے اور چونکہ انفی راستے کم کام میں لائے جاتے ہیں لہذا اگلے منخر جھوٹے اور اخو (false) پچکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نکلنے کے الفعل میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بدھنگے پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے، اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوسٹیکیا یا ایوبہ کی نازلت کی وجہ سے سنائی بھی کم دیتا ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں رکھے جاتے ہیں یہ ہیں: کھانسی، انفی نازلت، بے چینی اور درد۔

علاج۔ معیاری علاج لوزہ برآری (tonsillectomy) ہے، اور ممکن ہے کہ آج کل گردن میں تدری غدد کا نسبتہ شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ علیہ کثرت کے ساتھ

انجام دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو، اسال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے، کیونکہ لوزین کے حفاظتی فعل کا ضیاع قتل و لیشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈ لے (Bradley) نے ایک پبلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ بڑی انجام دی گئی تھی، وہ بانی نازلتی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرین مصلحت نہ ہو تو دبا کر افرازاں یا جمعی تو دے پھوڑ لئے جاتے ہیں، یا پیککاری کے ذریعہ یا چوس کر حلقوں میں سے باہر نکال دئے جاتے ہیں اور دافع عفونت لوز میخ (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

وینسٹ

(Vincent's angina)

یہ انتہائی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقریبی قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر اور بچوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جو مسوڑوں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں وینسٹ (Vincent) کا عصیہ تکلمنا (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاؤب غشائی (pseudo-membranous)، جو ڈنچیر یا سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گرد و پیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو ماؤف نہیں کرتی، بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور حلقویم کے سفونوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ عفونی غدد متورم ہو جاتے ہیں، اور نگلنے میں وقت ہوتی ہے اور کچھ تب موجود ہوتی ہے، اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ بھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تب صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی متبہج نہیں ہوتے، اور انداز اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضو سے پائے جاتے ہیں: (۱) عصیہ تکلمنا (Bacillus fusiformis)۔ بیٹول میں ۶ تا ۱۲ ہوتا ہے، اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے، اور قاعدے باہم متماس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تنویر (dark-ground illumination) سے آسانی سے دیکھا دیتا ہے۔ (۲) وینسٹ کے پیچ مویہ (Vincent's spirochæte)۔

علاج۔ تفرحات پر سلاؤ نارٹریٹ کا ۱۰ فیصدی محلول روزانہ قبضہ کرنا چاہئے۔
درد کو تسکین دینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیا جاسکتی ہے۔ نووارسینوبنزول
(novarsenobenzol) کے اثرات کے ذریعہ مسوڑوں کی مریت دور کیا جاسکتی ہے۔

بلعومی لوزات

(pharyngeal tonsils)

یہ لف آسانیافت کا ایک تودہ ہے، جو انفی بلعوم میں واقع ہے، اور جس کے ساتھ وہ منتشر گرتیں بھی ہیں جو روزن ٹکر (Rosenmuller) کے حضرات کی غشا مخاطی میں اور بلعوم کی پھیلی دیوار کی غشائے مخاطی میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تودہ بے ڈنڈی یا ڈنڈی وار ہو سکتا ہے، اور انگشت نما زائندوں پر مشتمل ہو تاہم یہ زائندے ایسے شقائق یا درزوں کے ذریعہ جو حلقومی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں۔ یہ استوائی ہڈی سر ملکہ کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے تیسرے اور دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلانی عام ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی کلانی بچوں کے ساری امراض کے بعد واقع ہو جائے، اور یہ اکثر نازلتی التهاب الالف کے حملوں کے ساتھ واقع ہوا کرتی ہے۔

بلعومی لوزہ کی بیش پروش [جسے اکثر غدا نما بالیہ (adenoid growth) یا غدد (adenoids) کہتے ہیں] کے امراضیاتی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مزمن نازلت اور پریکویسٹیکائی انوبہ میں پھیل جائے، اور درمیانی اذن کا التهاب (otitis media) اور ازاں بعد مخاطی طبقہ (mucosa) کا مزمن التهاب پیدا کر دے۔ بچہ کے نشوونما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن کا ذکر حلقومی لوزوں کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہو جاتا ہے۔ اجنتہ الالف (ala nasi) بیکج جاتے ہیں۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے اور اس طرح بچہ کا چہرہ الحمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے۔ یہ سب ملکر غدا دی خلعت (adenoid facies) پیدا کر دیتے ہیں۔ کبوتر بینی (pigeon nose) اور بلند چنکی محراب بینی اکثر موجود ہوتی ہے۔

علامات - یہ بلاشبہ کلانی کی مقدار اور اس سے پیدا ہوجانے والے نفی بخری
تسد کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ جب ذیل ہیں :- بہرائیں، عاذنا دہی تنفس جو
رات کو زیادہ خراب ہوجاتا ہے، خرا لے لینا اور شب ترسی (night-terrors) اور نازلتی
التهاب الانف کا رجحان، جس کے ساتھ افزائیں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرنے میں
م (M) اور ن (N) حروف صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان
آوازوں کی گنگ نہیں پیدا کی جاسکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ غدودہ سے صہری تشنج المعجزہ
(laryngismus stridulus) شب بولی (nocturnal enuresis) کنٹ صرغ
اور تشنجات صیبائی کی خرابی پیدا ہوجاتی ہے۔

علاج - اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو بالیدوں کو جو احتی طور پر خارج کر دینا
چاہئے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً خفیف اصابتوں کی اصلاح ایسی تنفسی ورزشوں سے ہو جائے
جن کا مقصد یہ ہو کہ بچہ کو ناک کے راستہ سے سانس لینا سکھایا جائے۔

لسانی لوزات

(lingual tonsils)

لسانی لوزات، لطف آسا بانٹ کی وہ دو یا تین گرہیں ہیں جو قاعدہ زبان پر خط
وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ ان کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ ملتومی
لوزہ کی، اور ہر ایک میں دو یا تین طاقے ہوتے ہیں۔ وہ ملتومی لوزتین کی طرح ملتب
ہو سکتے ہیں، ان کے طاقوں میں افزاء کا احتباس نسبتہً کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ
کبھی کبھی پیش پروردہ ہوجاتے ہیں جو کہ بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے
دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ ”خراش حلق“ (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی
میں اور کہیں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں ملتیب لسانی لوزات
کی وجہ سے ہو۔ آخر الذکر ”حلق کی اس عالم کہ گدی“ کا سبب ہوتے ہیں جو ”حلق کی کھانسی
پیدا کرتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہوجاتی ہے۔ فیرک کلورائیڈ
(ferrie chloride) کے ۲ گرین کا ایک سیر شدہ محلول جو گلیسرین کے ساتھ ایک
اوش تک بنالیا گیا ہو، ایک سرے پر خمیدہ پنبہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

لوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تاجحد امکان باہر نکالنا چاہئے (2)۔

مزمن التهاب البلعوم (chronic pharyngitis)

اسباب۔ بلعوم کا مزمن التهاب مکرر حادثوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ پچھلے مخزین (nares) سے سرایت کا نیچے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے اور تمام اصابتوں میں ناک اور نژد انفی جو فوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات مثلاً الکحل کے غلط استعمال، کثرت تمباکو نوشی، اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب ایک جلسہ عام میں تقریر کرنا یا انحصار نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کے طرف خطاب کرنے میں اپنا سر نیچے جھکا مانتا اور اس طرح اُنی اعضا کو جو صوتی تلفظ نکالنے میں مصروف ہیں پھیکا تا ہے، تو بلاشبہ وہ اس مرض کے وقوع میں مبتلا ہوتا ہے۔ مزمن التهاب البلعوم ہمیشہ نرم تالو، لوزین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک یا کئی مائل تغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ غشائے مخاطی سرخ ہو سکتی ہے، اور اس کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتفاعات منتشر ہوتے ہیں (جیسی التهاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری اصابتوں میں چھوٹی خراشیں لگیں (abrasions) یا نقرحات ہوتے ہیں۔ جیسی التهاب البلعوم کے رمادی روزات بڑھے ہوئے جراثیم یا مخاطی غد ہیں۔ غشائے مخاطی بعض اصابتوں میں وافر افراز سے دھکی ہوئی ہوتی ہے، اور مریض ہمیشہ کھنکارتا اور نھونکنا رہتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اس کی سطح خشک ہوتی ہے، جس سے نگلنے میں کسی قدر تکلیف اور دقت، اور ساتھ ہی جھپٹا ہوا درد اور کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

جیسی التهاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک حد اگانہ عارضہ شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی حلقوم سے متجاوز ہو کر قلو بلعوم تک اور حنجرہ تک پھیل جائے۔ غشائے مخاطی بیشتر اصابتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جراثیم لزوج

مخاط سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن حلق کی خشکی اور کھینکی (stiffness) اور ساتھ ہی کھنکارنے اور تھوکنے کی دائمی خواہش اور نگلنے میں تکلیف اور وقت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو حلق صاف کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قیسین (clergyman) عام مقررین اور دوسرے ایسے ہی پیشہ والوں میں غیر عام نہیں اور اسی واسطے اسے قیسین کی خراش حلق ("clergyman's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ علامات سر وی کے تکشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں اور بعض مصنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج۔ جیسی التهاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غارے چندا کارآمد نہیں، کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن پیکری یا تانین (tannin) (ہراک) ہم تا۔ اگرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جاسکتے ہیں یا حلق میں مابین محمولات لگائے جاسکتے ہیں جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا مینڈل کا صبغہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ گلیسرین ہوتا ہے (آیوڈین ۶ گرین، یوناسیم آیوڈائزڈ ۲ گرین، آکل مینتھاپ ۵ قطرے، گلیسرین تا بقدر ایک اونس)۔

خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصر غور کی ضرورت ہے کیونکہ حلق کی بعض شکایتوں، مثلاً خجری تشدو (laryngeal obstruction) کی تشخیص کے اس سے پیچیدہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ یہ شوکہ کی بوسیدگی سے اور زیادہ اکثر اوقات خلف البلعومی لطف آسا بافت کے التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے اور یہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ خجروہ کو دیگر عسر البلع (dysphagia) بہر (dyspnoea) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے۔ چنانچہ اسکو غلطی سے کروپ یا خجری دقتیہ سمجھا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی روکھی یا آواز بیٹھی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "تغرغری" ("gurgling") ہوتے ہیں۔

مشکوک اصابت میں حلق کی پشت تک انگلی ڈال کر دیکھنا چاہئے، جبکہ ایک نموجی ورم محسوس ہو جائے گا۔ اس میں سر جہاں سے شگاف دلوادینا چاہئے۔

التهابِ حنجره

(laryngitis)

التهابِ حنجره حادث یا مزمن ہو سکتا ہے، اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلتی التهاب پیدا کرنے والے معمولی حالات جن پر حاد التهاب (acute rhinitis) کے ماتحت غور کیا گیا ہے۔ خراش اور بخارات اور غبار آلود ہوا کا تماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انفرار (impaction) یا دوسرے طریقوں سے راست قطرہ گرد پیش کے حصوں، بلعوم، شعبات اور قصبتہ الربیم یا بیرونی بافتوں سے التهاب کا پھیل جانا۔ حاد نوعی حمیات (acute specific fevers) جیسے ڈیفٹیریا اور کھسرا۔ اور سب سے آخر میں برائٹ کا مرض۔ مزمن التهاب حنجره تدریجاً کی منزل یا تو بالائی تنفسی خطہ سے یا ششوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک بھی حنجره پر حملہ آور ہوتی ہے۔ نتائج، سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں، اور ہم ایک نازلتی التهاب حنجره (catarrhal laryngitis)، ایک اذیمیاتی التهاب حنجره (cedematous laryngitis)، ڈیفٹیریا سے مخصوص ایک غشائی التهاب حنجره (membranous laryngitis) اور سئل ریوی (phthisis) اور آتشک کے التهاب حنجره کو باسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حادث نازلتی التهاب حنجره:۔ یہ بیشتر انھیں حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد التهاب الانف پیدا کر سکتے ہیں، لیکن خراش اور بخارات، غبار آلود ہوا، غریب اجسام کے داخلے اور پچھلے منخرین (posterior nares) بلعوم یا شعبات سے پھیلنے والے التهاب سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھسرا میں اور نسبتاً کم بار دوسری سہاریوں میں ہوتا ہے۔ علامات:۔ آواز میٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے، حلق میں ایک گڑبڑ (tickling) کا احساس ہو کر گڑبھی (husky) کھانسی آتی ہے، جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً غماط کے چھوٹے چھوٹے صمات (plugs) نفث سے نکلتے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے

لیکن شاذ صورتوں میں کسی قدر صرصرہ (stridor) موجود ہو سکتا ہے۔ اور بچوں میں بہر (dyspnoea) نسبت کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بخار خفیف یا بالکل غیر موجود ہو سکتا ہے۔ خنجرہ بین (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر بوجیات (arytenoids) کے اوپر کی مخاطی جھلی متورم اور سرخ ہوتی ہے۔ اجبال الصوت (vocal cords) بالغوم التهاب زدہ ہوتے ہیں، لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیر ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اُن کے اوپر اور ان کے درمیان کچھ مخاط پڑی ہوئی دکھائی دے۔ بطنی بند (ventricular bands) ماؤف ہو سکتے ہیں۔

بچے حاد التهاب خنجرہ کی ایک قسم (صرصرہ laryngitis) stridulosa = میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جس کی میسر خصوصیت یہ ہے کہ اغتصاص (suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمودار ہو جاتی ہیں۔ دن کے وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز بھٹی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں بچہ دفعۃً کسی وقت نفوذ زدہ ہو کر جاگ اٹھتا ہے اور ساتھ ہی اسے شدید بہر (dyspnoea) اور بھونکنے کی آواز والی (barking) یا روکھی (husky) کھانسی ہوتی ہے جس کے بعد پرشور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے۔ آواز بھرائی ہوئی اور کمزور اور چہرہ (feature) ممتلئ (congested) ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو ممکن ہے کہ چہرہ شامب اور کبود ہو جائے اور اغتصاص (suffocation) قریب الوقوع معلوم ہوتا ہے۔ لیکن عموماً تنورزی دیر میں علامتیں کم شدید ہو کر بچہ سو جاتا ہے۔ یا تو اسی رات کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی حملے ہو سکتے ہیں جن میں اغتصاص کا خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کروپی (croupy) شہیق واقع ہو سکتا ہے۔ ان حملوں کے ساتھ بخار (معہ فروار زبان، تنہائے ہوئے سرخ چہرے، اور گرم جلد وغیرہ کے) اس کے نسبت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا بالغوں کے نازلی التهاب خنجرہ میں ہوتا ہے۔ یہ حملے غالباً اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ مزمار کے اندر لزج (tenacious) مخاط کی موجودگی خنجرہ شیخ پیدا کر دیتی ہے۔ جب کبھی ایسے بچہ کو ”سردی ہو جاتی ہے“ تو یہ علامتیں اسی سبب میں مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں، لیکن شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔

انذار۔ حاد التهاب خنجرہ زیادہ تر امید افزا انذار رکھتا ہے۔ وہ عموماً چند روز کے

عرصہ میں رفع ہو جاتا ہے۔

تشخیص، بالخصوص بالغوں میں، معمولاً سادہ ہوتی ہے۔ ڈفٹیریا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اسکے ساتھ حلقوم پر جھلی، جھلی کا نفث، یا البیومن بولیت (albuminuria) کا ہونا ممکن ہے۔

204

علاج۔ مریض کو بولنا نہیں چاہئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کر دہوائی میں رکھنا چاہئے، اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہئے۔ اس آلہ کو مرکب صبیغہ عود (tinct. benzoin co.) نصف اونس ایک پائنٹ پانی میں اسے بار کر سکتے ہیں۔ مینتھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس لکود پیرافین میں) روغن یوکاریپٹس (oil of eucalyptus) اور کریاسوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ ملطف، مائعات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہئے، یا برف کے چھوٹے ٹکڑے جو سے جائیں۔ کھانسی کی خراش کی تخفیف اقیون موجود رکھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہئے۔ غذا یا نظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہئے جو عموماً حموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔

صرصری التهابِ جُجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مقبلی (emetic) دوا مفید ہوتی ہے جیسے کہ سلفیٹ آف زنک (sulphate of zinc) (۵ تا ۱۰ گرین) یا عرقِ الذہب (ipecacuanha) (اسکافون ۲ تا ۴ گرین) یا اسکابینڈ ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفہ سے حتیٰ کہ قے پیدا ہو جائے۔ مزید برآں گرم فلالین یا ایک گرم اسفنج گلیریلگا یا جاسکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التهابِ جُجرہ کا علاج گرم و زکریہ دہوائی (بھاپ کی کیتلی) اور برومائیڈز (bromides) اور کلورل (chloral) کی حقوی خوراکوں سے کرنا چاہئے۔

اذیمیائی التهابِ جُجرہ (oedematous laryngitis) یہ التهابِ جُجرہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلی اعضاء میں یا مریض برائٹ کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب جُجرہ کی عارضی سچی سرایت ہے۔ اسکے ہمراہ شدید بیہوشی علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اڈیما جو وعائی عصبانی نتیجہ (angio-neurotic oedema) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، اکثر اوقات خجری بافتوں میں ہو جاتا ہے اور اکثر مہلک ہوتا ہے (ملاحظہ ہو وعائی عصبانی نتیجہ ۱)۔

مرضی تشریح۔ یہ سخت المیاطی بافت کے اندر التهابی مصل کے انصباب پر مشتمل ہے اور اس مصل میں بہت سے سپید خلیے موجود ہو سکتے ہیں جس سے ممکن ہے وہ مصلی فیجی (seru-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔ علامات بسا اوقات سرعت کے ساتھ نمایاں ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش، نکلنے پر کچھ درد ہونا اور اس کے بعد بھر جو کہ سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا متقاضی ہوتا ہے۔ خجری امتحان کرنے سے رمزار اور سبوحیات کا اڈیما بہت جلد پایا جاتا ہے۔ انذار وسیع اڈیما کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ دافع نبقات سببیہ مصل کے اشتراکات بہت جلد دینے کی ضرورت ہے۔ استنشقات جیسے کہ حاد التهاب خجروہ میں دئے جاتے ہیں آرام دہ ہیں اسی طرح گردن پر محضدے لاسفات۔ سپت قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت پڑ سکتی ہے۔

غشائی التهاب الحنجروہ (membranous laryngitis)۔ غشائی التهاب خجروہ کا عام ترین سبب وفتقیر یا ہے جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر خجروہ تک پھیل جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتداء ہی سے خجروہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس وقت یا بعد میں حلقوم کو مآؤف نہیں کرتا۔ یہ نوٹ کر ناخالی از وہی نہیں کہ یہ اولی خجری اصنافیں بچوں میں بالغوں کے نسبت زیادہ عام ہیں اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیست (albuminuria) یا بعد میں شکل کا وقوع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان اصنافوں میں کہ جن میں حلق ابتداء مآؤف ہوتا ہے۔

غشائی التهاب خجروہ ضربی اسباب یا مقامی خراش آوروں مثلاً کیمیائی بخارات ابلتے ہوئے پانی یا خارجی اجسام کے مغرور ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کمسر میں غشائی التهاب خجروہ کے واقع ہونے کے یہ معنے ہیں کہ اس پر وفتقیر یا سرایت مستزاد ہو گئی ہے۔

علامات - مقامی علامات اُن علامتوں سے مماثل ہوں گے جو ڈیفٹیریا کے تحت بیان کی گئی ہیں، لیکن جب التهاب کا سبب زیادہ مزبور طور پر ضربی ہو تو ایک سرش ساری کی ہمتی علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہونگی۔

تشخیص - عام طور پر ایسے بچے جن میں یا کسی علامت سبب کے بھر، جمعہ کار دار (ringing) یا کروپلی (croupy) کھانسی اور دیوار سینہ کی تنہیتی باز کشیدگی (inspiratory retraction) موجود ہو، اور جن کا صرف چار روز میں دم گھٹ جائے (suffocation) کا خطرہ ہو، غشائی التهاب حشرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے بچوں کی غالب تعداد میں ڈیفٹیریا ہی اس التهاب غشائی کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن حشرہ میں سے امتحان کرنا عموماً ناممکن ہوتا ہے اور جھلی کی موجودگی کا اولین ثبوت قصبہ شکافی (tracheotomy) کے عمل کے وقت یا اسکے بعد حاصل ہوتا ہے۔ صرصری التهاب حشرہ (laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (ملاحظہ ہو صفحہ 203) بھر کے نسبتہ زیادہ تدریجی نمو اور نسبتہ زیادہ ہموار رفتار سے ہوتی ہے۔

تبادل تشخیص - ایک جسم غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج - غشائی التهاب حشرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے ڈیفٹیریا کے تحت میں بتلایا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ ڈیفٹیریا کے باعث ہو اور اس وقت جبکہ وہ زمری بخار کھسرا یا دوسرے کسی ساری مرض کے ساتھ متلازم ہو دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں ڈیفٹیریا کا ضد سم (antitoxin) استعمال کرنا چاہئے۔

205

مزمن نازلتی التهاب حشرہ (chronic catarrhal laryngitis) -

یہ اکثر حاد التهاب حشرہ کے بعد ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ آخر الذکر کا مناسب علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خطہ کی سرایتوں سے۔ التهاب جوفی یا ذبولی التهاب الانف یا مزمن انفی تسد سے۔ نیز آواز کے عیجا استعمال سے ہوتا ہے۔

علامات - آواز کا بیٹھ جانا، اور گلے کی خراش جس سے خشک کھانسی پیدا ہوجاتی ہے۔ حشری امتحان کرنے سے حقیقی اجمال پر اوپر پچھلے طمعتی میں دیا تئیں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص - یہ مزین نازلتی التهابیہ حنجرہ اور تدرن اور تشکی التهاب حنجرہ اور تدرنالی
نمایہ کے دریا بسا اوقات دشوار ہوتی ہے۔ مزید واقفیت کے لئے طالب علم کو حنجریات کی مخصوص
نصابی کتب دیکھنی چاہئیں۔

تدرن حنجرہ

سل ریوی (phthisis) یا ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے
مریضوں میں سے ایک معتد بہ تعداد کو حنجری عارضہ ہو جاتا ہے جسے پہلے سل حنجری
(laryngeal phthisis) کے عنوان سے بیان کیا جاتا تھا۔ یہ حنجری بافت پر تدرن کے
حقیقی حملہ کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ پھیپھڑوں میں درنے بننے کے بعد ثانوی طور پر
ہوتا ہے۔ اسے عموماً ”حنجری تدرن“ (laryngeal tuberculosis) کہتے ہیں اور
شاہ ایدورڈ ہفتم کی صحت گاہ ڈیہرسٹ (Midhurst) میں سل ریوی کے چھٹے مریض
دائل ہوئے ان میں ۸۶ فیصدی میں اس مرض کے پہلے درجہ میں ۳۱۸ فیصدی
میں اس مرض کے دوسرے درجہ میں اور ۵۱۳ فیصدی میں اس مرض کے تیسرے درجہ
میں حنجری تدرن موجود تھا۔ مرد و عورت دونوں میں اس کا مساوی رجحان ہوتا ہے (3)۔
تدرن کی ایک دوسری شکل جو حنجرہ کو ماؤف کرتی ہے، ذئبہ (lupus) ہو جو بلعوم یا ناک
سے پھیل آتی ہے۔

مرضی تشریح - درنے مخاطی یا تحت المخاطی بافتوں میں خلیوں کے دقیق اجتماعات
کے طور پر واقع ہوتے ہیں اور شاید یہ سطح پر خفیف ابھار بنا دیتے ہیں جو کچھ عرصہ میں
گرد پیش کے حصوں کا کم و بیش اکثر بہت زیادہ اذیم اور ازالا بعد تفرج پیدا کر دیتے
ہیں۔ متاخر اصابتوں میں یہ تفرج سبوجیات، بلیینی بندوں، اجال اور بر مزمار پر
وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ التهابی عمل شدید اصابتوں میں ریم آفرین عضویوں کی مدد
سے زیادہ گہرا پھیلاؤ عینق لقیع، گرد غضروفی التهاب (perichondritis) اور غضایہ
کا تخر (necrosis) پیدا کر دیتا ہے۔ جماؤ کے اکثر الوقوع مقامات، پچھلے ملتقی
(posterior commissure) کے جواہر ہوتے ہیں، یعنی بن سبوجی رقبہ سبوجی جہم
کی اگلی سطح اور صوتی زائڈس (vocal processes)۔ تواتر وقوع سے لگھاٹ سے لگے بعد

اجبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

اسکے علامات 'مزمن' التهابِ جُجرہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں، اور معمولی شدت کی اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بلیبی ہوئی ہوتی ہے، روکھی کھانسی بار بار آتی ہے بعض اوقات ابتدائی درجوں میں بلیبی فشل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں اجمبال صوتی کے تفریح کے نتیجے میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تفریح سبوجیات کے پچھلے حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بافتوں کے ورم کے باعث یا ان کے اتلاف اور جُجرہ کی کامل مبدودی میں مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نکلنے میں درد ہوتا ہے بلکہ نکلنا مشکل ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے، اور نَفث (expectoration) تفریح پذیر ہوتا ہے، جس کا انحصار جُجرہ کی حالت پر اتنا نہیں ہوتا کہ جتنا پھیپھڑوں کی حالت پر ہوتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں تنفس میں بیکار کاوش پیدا ہو جاتی ہے۔ ۱۲ فیصدی اصابتوں میں جُجرہ کوئی مقامی علامت پیدا ہوئے بغیر تدریجاً یا گیا۔ ابتدائی درجوں میں جُجرہ میں غشاء مخاطی کا سُخوب (pallor) ظاہر کرتی ہے اور سُرل روی کی بہت سی اصابتوں میں جُجرہ کی قطعی عدم دمویت بالکل ابتدائی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اجمبال بلیبی بندوں اور پچھلے لٹقی میں امتلا کی غیر متشاکل جھلکیاں ایک خفیف درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید اصابتوں میں ایک بلیبی بند یا برمز مار پر ایک انفلا قرص دیکھا جاسکتا ہے۔ جب درجہ تکلی واقع ہوتی ہے تو یہ حصے اکثر ایک مخصوص ممبر شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور سبوجی برزماری شکل ایک یا دونوں جانبوں پر متورم ہو کر ایک شائبہ گلوبیہ نمایاں نشانی پاتی نما رسولی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، جس کا قاعدہ پیچھے کے طرف اور نوک آگے کے طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں ماؤف ہو جاتے ہیں تو یہ اور ام خط و سطی میں متضام ہو جاتے ہیں۔ برمز مار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ وہی دباؤت بلیبی بندوں کو ماؤف کر دے، لیکن یہ اکثر محض رہتے ہیں۔ بالآخر متورم بافتوں پر نیز اجمبال الصوت پر، بالخصوص ان کے پچھلے نصفوں میں، قرعے بنجاتے ہیں۔

تشخیص - یہ کچھ تو جُجرہ بینی مناظر سے اور کچھ پھیپھڑوں کی حالت سے کرنی چاہئے، جو بہت سی اصابتوں میں جبرجاستہ تدریج ہوتے ہیں۔ سبوجی برزماری شکلوں کے ناشیاتی نما

اور ام اس حالت کا امتیازی خاصہ ہیں، لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اسے منہ من نازلتی التهاب حنجریہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی مرض سے تمیز کرنے میں وقت ہو۔ اول الذکر میں نڈرنی التهاب حنجریہ کے نسبت کم ورم اور زیادہ امتلاء ہوتا ہے۔ آتشک میں قرعے عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں، وہ ایک نسبت زیادہ طہیب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں، اور منفرد ہوتے ہیں۔ دہانت زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے، اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطانی تقرح کو نڈرنی تقرح سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر ایک جانبی ہوتا ہے اور نسبت زیادہ عمراً لے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

انذار۔ حنجری نڈرن کی موجودگی اسکے ساتھ واقع ہونے والی سِل ریوی کے انذار کو زیادہ یاس انگیز بنادیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۱)۔ مڈ ہرسٹ (Midhurst) میں التهاب حنجریہ سے شفا یابی ۴۴ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہوگئی۔ اکثر و بیشتر جیسے جیسے کہ سِل ریوی ترقی یا تھکرتی جاتی ہے، حنجری حالت بھی ترقی یا تھکتی جاتی ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سِل ریوی کے خراب تر ہو جانے پر بھی حنجریہ شفا یاب ہو جائے۔ لیکن اگر سِل ریوی میں اصلاح ہو رہی ہے تو مناسب علاج کے ساتھ حنجریہ بھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج۔ پھیپھڑوں میں کے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے، جس کا کہ حنجری نڈرن فی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فنسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشدید تشعیر کرنے کی حمایت کی گئی ہے مثلاً کوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجریہ کے مقامی علاج میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے۔ حتیٰ کہ اسے سرگوشی کی اجازت بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔ ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ جہاں زیادہ درخشنگی (infiltration) موجود ہو بافت کے اندر ایک باریک بیلاطینی نوک گہری داخل کر کے گیلوانائی کاوی کچھکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت کامیاب ثابت ہوا ہے، لیکن اسکا استعمال صرف وہیں کرنا چاہیے جہاں پھیپھڑوں میں فاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲۰ فیصدی محلول کے

۵ قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حیثیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں تین باچار کچھ کے دئے جاسکتے ہیں۔ یہ کچھ کا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو، کرر لگایا جاسکتا ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں در د کیلئے (orthofom) اور معدیات حس (anæsthetics) کے ذریعہ حجرہ کے نفوخت کرنا مفید ہے اور یہی کہ فوقانی حجرہ اعصاب میں ایک اثر اب کرنا۔ زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں قصبہ شکنگانی کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے، تاکہ حجرہ کو آرام ملے۔

حجرہ کی آتشک

آتشک، حجرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے۔ مورثی شکل میں شہر خوری اور طعلی کے زمانہ میں۔ اکنسابی شکل میں ثانوی، ثالثی اور درمیانی درجوں میں۔ اکنسابی آتشک کے ثانوی اثر آتشک میں اور مزمن پیش دمیت (chronic hyperæmia) اور پھیلاؤ تقرحات اور قسط حیات (condylomas) یا مخاطی چکنیاں ہیں جن میں سے آخر الذکر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حجرہ کی منتشر درجہ کی نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے صمغیتات (gummas) جو جسامت میں ایک الپین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں اور عمیق تقرحات کبھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی حجرہ اذیم اور التهاب گرد غشرونی (perichondritis) معہ حجرہ کی پیدائش ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حجرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا مڑ مار کے انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات - یہ میسر نہیں ہوتے اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بیچھ جاتی یا جاتی رہتی ہے، کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھانسی اور آخری درجوں میں کم و بیش بھر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ برمز مار میں صمغیتی تقرح موجود ہو، عسر البلع شاذ ہے۔ ممکن ہے بہر سرعت کے ساتھ پیدا ہو جاوے اور اس طرح قصبہ شکنگانی کی ضرورت لاحق کر دے۔

تشخیص - ثانوی التهاب حجرہ، آتشک کی دوسری اماتوں مثلاً جلدی طغیہ کی موجودگی کی بنا پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی آتشک، باستثناء ایک مثالی صمغیتی قرح کے، تدریجی یا

مرزمن نازلتی التهاب الحنجره کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت وازرینی کاشفہ تشخیص کا فیصلہ کرتا ہے۔

علاج۔ نافع آتشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیم آہوڈائڈ کے استعمال سے اوبائے مزار (œdema of the glottis) کا پیدا ہونا ممکن ہے، لیکن یہ درست نہیں ہے۔ حنجره کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں حنجره شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے، اس سے پہلے کہ ندبی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا ناگزیر ہو جائے۔ آخر الذکر صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نلی پہننی پڑتی ہے۔ لیکن مزار کا اتساع (dilatation) میکانی طور پر عمل میں لانے کی یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا موس (dilator) یا کٹی بالترقی (electric cautery) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوششیں کی جاسکتی ہیں۔

حنجرہ کے سلعات

سلعہ حلیمہ (papilloma) اور سلعہ لیفیہ (fibroma) صوتی اجبال پر عام ہیں، باقی تمام سلعات شاذ ہیں۔ ویسٹ بر مزار کے ہم پہلو اور وادیچہ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں، لیکن بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتے ہیں۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لحمیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہر، جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج۔ یہ ہے کہ سلعہ کو جراحی عملیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جنکی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحی تصنیفات یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

سلعات خبیثہ (malignant tumours)۔ یہ نہایت عام طور پر بڑی سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ حنجره کے درونی مسطحانی سلعات کی ابتداء ذیل کے مقامات پر

ہوتی ہے :- (۱) اجبال الصوت پر بیچھلے خطوں کے نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور مرکزی خطوں میں۔ (۲) تحت المزمار (subglottic) خطے میں زیادہ عام طور پر اخیرہ کے اگلے حصے میں۔ جب صوتی کاسرطانی سلعہ عرصہ دراز تک جبل تک اور اس کے ہم پہلو جانب اخیرہ میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے :- (الف) اگلے ملققی کے آریار۔ (ب) تحت المزمار خطے میں۔ (ج) سبوجیات میں۔ ممکن ہے کہ بالآخر سارا اخیرہ ماؤف ہو جائے۔ آخری درجوں میں یہ متفرق ہو جاتا ہے، اسکے حاشیوں کے اس پاس روئیدگیاں پھوٹ نکلتی ہیں اور یہ بھی اپنی باری سے متفرق ہو جاتی ہیں۔ اکثر سطح پیپ سے مادموی مخاطی پیپ (sanguineous muco-pus) سے دھسکی ہوئی ہوتی ہے اور کبھی کبھی آزادانہ زوف ہو سکتا ہے۔ اذیمائی التهاب اخیرہ اور التهاب گرد و غرونی (perichondritis) بطور تہ جبیدگیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض اوقات بلعوم کے سرطانی سلعہ کے پھیلنے سے اخیرہ ماؤف ہو جاتا ہے (حجرہ کاہر و فی لہ طانی سلعہ)۔

علامات۔ ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز ٹھٹھ جاتی (huskiness) ہو یا بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ اخیرہ میں سے امتحان کرنے پر ایک رسولی ظاہر ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں جبل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے لیکن جب بالید پھیل جاتی ہے تو مثبت ہو جاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درد اور بھس (dyspnoea) ہو۔ جوں جوں تقرق بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے اور ممکن ہے کہ زوف واقع ہو جائے۔ تاوقتیکہ مرض کا اخیر درجہ نہ ہو غدد کا ماؤف ہونا بہت نساؤ ہے۔

تشخیص کا انحصار آخر الام حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔ انداز۔ اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہوگئی ہے تو انداز نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جس میں حجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی نکال دی گئی تھی ایک سے تیرا سال بعد تک ۸۰ فیصدی میں کس مرض نہیں ہوا لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے ہلاک ہو گئے۔ ۱۶ فیصدی میں مقامی کس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری عملی ملاکت نہایت تقوری تھی (۴)۔

علاج یہ ہے کہ حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی کا استیصال کر دیا جاتا ہے۔ یا یہ کہ درقی جناح میں سے ایک وسیعہ نما جزوی استیصال کیا جاتا ہے اور اس کی راہ سے بالید کے بیرونی رخ تک ریڈیم سوئیاں داخل کی جاتی ہیں۔

حنجرہ میں اجسام غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجرہ کے اندر کثیر التعداد اجسام غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ انہیں میں سے مٹر، بھلیوں کے بیج (beans)، ٹن، سکے، ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، مٹھوس غذا کے ٹکڑے اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کی جاسکتی ہے:۔ (۱) ابتدائی شنج (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دورے کی شکل میں ہوتا ہے، جس سے بالعموم داخل شدہ شے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسدد فوراً مہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اسکے بعد (۲) ایک زمانہ سکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں سے لیکر بہت برسوں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مریض یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسم غریب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) دھماکا الہجاب، جو سہرا بت کے باعث ہوتا ہے، اثنائوی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness) درد، کھانسی وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

ہر درجہ میں جسم غریب کی وضع کا تغیر دفعۃً موت پیدا کر سکتا ہے۔ علاج۔ پہلے درجہ میں سر کو پکڑ کر نیچے جھکا نامفید ہے تاکہ جسم غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شکافی (tracheotomy) کا عمل کر دینا چاہئے۔ دوسرے درجہ میں جسم غریب کا تعین مقام کر کے اسے ایک دروں بین (endoscope) کی وساطت سے نکال دینا چاہئے۔ اگر جسم غریب لاشعاعوں (X-rays) کے لئے غیر شفاف ہے تو یہ بھی اسکے تعین مقام کیلئے

منفید ہو سکتی ہیں۔

عضلاتِ حنجرہ کا شلل

چونکہ باز گردِ حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) یعنی حنجرہ کا خاص ترکیب ایک مجریز و مخصوص نمبر رکھتا ہے، لہذا ان عضلات کا شلل، بسا اوقات اس سے بہت زیادہ تشخیصی اہمیت رکھتا ہے کہ جتنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف کی ہوتی ہے۔ لیکن یہ نہ صرف اعصابِ حنجری کے ضررات سے، بلکہ ان کے مبدا سے اوپر عصبِ تائیہ کے ضررات سے، اور جہاں نواسے واقع ہیں وہاں شخاعِ مستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ حنجری شلل بصلی شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہوتا ہے، یا آنشک سے اور سلعات سے جو کہ شخاعِ مستطیل کو اور پچھلے جمجی حفرہ کے ام جانیہ کو متاثر کرتے ہیں، پیدا ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ہزالِ پٹھری (tabes dorsalis) شللِ عمومی (general paralysis) شخاعی جو فیٹ (syringomyelia) اور منتشرِ قصلب (desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصبِ تائیہ گردن میں کی رسولیوں اور بڑے ہوئے غد سے دب جائے، یا گولہوں کے زخموں یا چھر گول (cuts) سے، جو حادثہ کا نتیجہ ہوں یا جراحیِ عملیہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں، متضرر ہو جائے۔ باز گردِ حنجری اعصاب دو مقامات پر خطرے میں ہوتے ہیں، یعنی سینہ اور گردن میں، اور چونکہ باباں عصبِ محراب اور طی کے گرد خم کھاتا ہے اسلئے اس کے متضرر ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن دایاں عصبِ زیرِ ترقوی شریبان سے نیچے نہیں جاتا۔ مزمن سلی ریوی (chronic phthisis) میں راس شش پر کی یعنی دبازت کے اندر ان دونوں میں سے کوئی بھی ماؤٹ ہو سکتا ہے، لیکن باباں عصبِ محراب اور طی کے انورس او سلی سلعات (mediastinal tumours) بڑھے ہوئے یعنی غدد اور مٹھرائی ضیق (mitral stenosis) کی احابت میں ایک متسع بائیں اذین سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا ہے۔ گردن میں دونوں اعصابِ حنجرہ کے طرف صعود کرتے ہوئے قصبۃ الریہ اور مری کے درمیان واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سرطانی مادیوں میں دونوں ایک وقتہ ماؤٹ ہو جائیں، یا بڑھے ہوئے جسمِ درفی سے دب جائیں۔ مشکل کا وقوع

و تفصیلاً یا 'انفلوئنزا' التهاب رماوالدماغ (polio-encephalitis) اور دوسری ساری امراض، مزمن الکلیت، اور سیسہ اور سنگیہ کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

ان تمام مثالوں میں شلل سب سے پہلے اجبال صوتی کے مبعوث عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرب عضلات آؤف ہوتے ہیں۔ جب صرف مقرب عضلات کا فعل زائل ہو تو عارضہ وظيفی (functional) یا ہسٹیریائی ہوتا ہے (ملاحظہ ہوں مابعد صفحات)

صوتی اجبال کا مکمل شلل جب جل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات مشلول ہو جاتے ہیں تو جل 'تقریب اور تبعید کے درمیان ایک وضع، جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں، اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتفع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ ویمی ہو کر سرگوشی کی سی بن جائے۔ کھانسانا ممکن ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پر شور صرصرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ ڈھیلے اجبال کے باہم چسپے جانے کی وجہ سے جو اختصاص کا خطرہ ہے وہ قصبہ شنگافی کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں دیکھی جاتی ہے۔

عضلات مبعوثہ کا شلل (paralysis of the abductors)۔ اگرچہ کہ بازگر و خجری اعصاب میں جو حلقی درقی عضلہ (erico-thyroid) کے سوائے خجریہ کے تمام عضلات کو عصبی رس پہنچاتے ہیں عضلات مقربہ (adductors) اور عضلات مبعوثہ (abductors) دونوں کے لئے ریشہ موجود ہونے چاہئیں، تاہم یہ حیرت ناک واقعہ ہے کہ ان اعصاب کے جل ترقی پذیر ضررات (سلفات یا انورسما سے بچکاؤ ہونا) ابتداءً صرف عضلات مبعوثہ (abductors) و پچھلے حلقی مبعوثی عضلات (erico-artænoidei posterior) کا شلل پیدا کرتے ہیں۔

یہ صرف بعد میں ہوتا ہے کہ داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) (اساق) مبعوثی عضلات (thyro-arytænoidei) متاثر ہوتے ہیں اور سب سے آخر میں خاص

عضلات مُقَرَّب (adductors) (حلقی مُسَبَّح جَانِبی عضلات crico-arytaenoides laterales) ماؤن ہوتے ہیں۔ مُبَعَد ریشے ایک علحدہ بندل بناتے ہیں جو کٹتے کے باز گرد جنجری عصب میں مقرب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell) لیکن سارے عصب کو ماؤن کرنے والے ضررات سے اُن کے زیادہ ماؤن ہو جانے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے بتلا دیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ بیرونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہ کم رکھتے ہیں۔ عضلات مُبَعَد کا شلل شجاع مُستطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہوتا ہے جہاں ریخیال کیا جاسکتا ہے کہ اُس کا انحصار بعض اوقات مقرب ریشوں کے نواتہ کی تِجدا گانہ ماؤنیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مُقَرَّب کا شلل کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلات مُبَعَد کے اس طریقہ سے پیدا ہونے والے لُشل کے عام ترین متلازمات آتشک اور ہزل (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ عضلات مُبَعَد کے کوئی توکل التواتہ (supra-nuclear) ضررات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مُبَعَد کا شلل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو ادلی طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

ضرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دوران تنفس میں جبل صوتی چونکہ وہ کامل طور پر تبعید یافتہ (abducted) نہیں ہوتی لہذا جیبی وضع میں رہتی ہے، اور ابتدائی ہوا کے گذر کے لئے دافضار و تہی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ، یعنی عضلہ مُقَرَّب (adductor) منقبض ہو جاتا ہے اور جبل صوتی تقریب (adduction) کی وضع میں گھنچ آتی ہے۔ اس طرح عضلات مُبَعَد کے دو جانبی شلل میں اجمال الصوت مُستقل خط وسطی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور اُن کا درمیانی فاصلہ بے انچہ سے کم رہ جاتا ہے۔ تصویریت کی کوشش کرنے پر وہ خط درمیانی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر گھنچ آتے ہیں۔ زفیر کرنے پر وہ شاذی حرکت کرتے ہیں، یا شہیق میں جو اُن کی خفیف سی حرکت ہوئی تھی اُس کے برعکس معنون میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بکھر (dyspnoea) ہے جو مزمار کی مُستقل تشکی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً دوران شہیق میں صرصرہ (stridor) ہوتا ہے جو زور لگانے پر خراب تر ہوتا ہے اور نین میں اکثر نہایت بلند ہوتا ہے۔ آواز زماں، یا کسی قدر بیسی ہوئی ہوتی ہے کھانسنے کا عمل پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک جبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو بہر صرہ زور لگانے پر ہوتا ہے اور صرہ کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تقصیر کرنے پر تندرست جبل صوتی مشلول جبل صوتی سے خط وسطی کے اوپر مل جاتی ہے اور آواز طبی رہتی ہے۔

تشخیص - عضلات مبعده کا شکل ان حالتوں سے خلطوط ہو سکتا ہے۔ عضلات مقربہ (adductors) کا شنج، تقرب کی وضع میں سوجیات کی جساءة (ankylosis) اور اجبال الصوت کا بگڑا ہوا فعل جس میں وہ دوران تنہیق میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کے طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سبوجیہ جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو جبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے اور مفصل کے گرد و پیش عموماً کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات مبعده کا ایک جانبی یا دو جانبی شکل پیدا کرتا ہے، دیاؤ (انورسما، رسولی) سے یا ندبہ (cicatrix) (التشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبہ الریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو صرہ (stridor) اور بہر پیدا ہوتا ہے وہ غلطی سے اول الذکر کے ساتھ منسوب کیا جاسکتا ہے۔ قصبی تنگی عموماً زفیری اور شہیتی صرہ پیدا کرتی ہے۔ تاہم جبری تنگی کی موٹگی میں ایک قصبی تند کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 129)۔ اسکے بعد شکل کے بعد تشبیب کو دوسرے علامات (مثلاً ہزال شجاع اور مرکزی عصبی نثر) کی طرف اشارہ کرنے والے یا صدی انورسما یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات پر غور کر کے تشخیص کرنا پڑتا ہے۔ باتیں جبل صوتی کے شکل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسما ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان و آزمون اور رائجی شعاعوں کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً خطرناک ہوتا ہے۔ بہ استثناء اس صورت کے کہ جہاں استتک سبب مرض ہو، شفا یابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف تبیدی شکل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ وجود میں رہتا ہے۔ اگر عضلات مقربہ (adductors) بعد میں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تند میں کمی واقع ہو جاتی ہے، لیکن بے صوتی (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً سرطان مری (oesophageal cancer) یا دوسرے انورسما سے موت واقع ہو سکتی ہے پیرانی طویل المدت

اصابتوں میں پچھلے حلقی سبوجی عضلات بالکل مذبول ہو جاتے ہیں۔ علاج۔ اگر دوسرے شکل کا سبب مرکزی ہے، یا اگر آتشک اس کا سبب ہے تو مستعدی کے ساتھ دافع آتشک علاج کا انتظام کرنا چاہئے۔ لیکن اگر چند مفتوں میں کوئی اصلاح نہ ہو، اور اگر بہر مستقل ہو، یا شانہ حملے واقع ہوتے ہوں تو فوضہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے اور لمبی ہمیشہ لگائے رکھنا چاہئے۔

ایک جانبی شکل میں اختناق (asphyxia) کا خطرہ نسبت کم ہوتا ہے اور علاج میں بالخصوص ازالہ سبب کا خیال رکھنا چاہئے۔

210

عضلات مقترَبہ کا شکل (paralysis of the adductors) یہ ایک فعلی اختلال ہے اور تنہا ساخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔ عضلات مقترَبہ یہ ہیں:۔ جانبی مقترَبات یعنی حلقی سبوجی جانبی عضلات (crico-arytænoidei laterales) اور مرکزی مقترَب یعنی عضلات سبوجیہ حقیقی (arytænoideus proprius)۔ عضلات لاری سبوجی (thyro-arytænoidei) کے اندرونی رہنے یعنی داخلی عضلات نامشہ (internal tensors) بھی اجمال الصوت کے اگلے حصوں کے مقترَب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلات مقترَبہ کی عام ترین قسم میں یہ سبب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ حنجرہ بن سے امتحان کرنے پر مزمار جوڑا کھلا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ نولنے کی کوشش کرنے پر اجمال الصوت بشکل حرکت کرتے ہیں، بلکہ حنجرہ کے جوانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ اجمال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے جاسکتے لہذا مریض صرف سرگوشی میں بات کر سکتا ہے اور کوئی حنجری آواز نہیں پیدا ہوتی، اگرچہ ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے اجمال ایک لہجہ کے لئے متناس ہو جائیں۔ کھانسا، جس میں غیر ارادی معکوس فعل کے ذریعہ اجمال الصوت ایک دوسرے سے قریب لائے جاتے ہیں، عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزمار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے بہتر (dyspnœa) نہیں ہوتا۔ یہ فعلی یا ہسٹیریائی بے صوتی (functional or hysterical aphonia) کہلاتی ہے، لیکن یہ اکثر حنجرہ کی خفیف سی نازلت سے شروع ہو جاتی ہے، مثلاً سلی ریوی کے ابتدائی ترین درجہ میں، یا خراش حلق سے، یا دوسری مقامی تکلیف سے، خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اختصاص میں ہوں یا عدم دمویت یا عام کمزوری

دوسرے مریضوں میں مافی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے اور فرد خوف کی وجہ سے ساکت ہو جاتا ہے۔ میدان جنگ کے معذور انجمنیت قرار دئے ہوئے سپاہیوں میں بے صوتی کی کثیر التعداد اصابتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئے، بالخصوص جبکہ وہ توپوں کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں، یا دھماکوں کے بعد فون ہو گئے ہوں، یا کسی اور طرح سے براہ راست زخمی ہو چکے ہوں۔ بعض اصابتیں ایسی ہیں کہ جن میں سچے اس انبوبہ قصبہ شگافی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جسے وہ چند ہفتوں تک پہن چکا ہو، بولنے سے قاصر رہتا ہے، یہ بھی عضلات مقررہ کے فعلی استرخاء (functional adductor paresis) کے باعث ہوتی ہیں۔

بعض اوقات عضلات مقررہ کا شلل کم وسیع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) ہی موقوف ہوں، چنانچہ نفسیت کی کوشش پر اجمال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا اور یہ جہل صوتی اپنے اگلے نصف میں خط وسطی کی سمت ایک مقعر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی مقعر تب عضلہ (central adductor) مشلول ہو جاتا ہے، اور اس صورت میں اجمال الصوت کے اگلے حصے تماس ہوتے ہیں اور پیچھے سبوجی گریوں کے درمیان ایک مثلثی فضا کھلی رہ جاتی ہے۔ یہ آہزی و فمیں نازلی التهاب خجرہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ واقع ہوں اور اس طرح آگے اور پیچھے نقص صلاحت پیدا کر دیں، اس حالت میں کہ صوتی زادات (processus vocales) تماس رہیں۔ ان اصابتوں میں آواز کا حاتمہ اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

ان حالتوں کی تشخیص خجرہ میں (laryngoscope) سے بہ آسانی ہو جاتی ہے۔ بلکہ اس کے تعبیر بھی مریض کی بے آوازی اور جھجکھانسی اور نفث (expectoration) کی غیر موجودگی اور بالارادہ کھانسنے کی قوت کافی طور پر متمیز ہیں۔ لیکن اگر نازلت کی کوئی مرضی شہادت موجود ہو تو اس کے بنیادی نڈنی ضرر کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے۔

انذار امید افزا ہوتا ہے اور بہت برسوں کے مریضوں کا بالآخر شفا یاب

ہوجانا ممکن ہے۔

علاج۔ فعلی بے صوتی کو ہسٹیریا کی ایک علامت سمجھنا چاہئے اور اُسی کی طرح اُس کا علاج کرنا چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ ایذا (suggestion) اور باز تربیت (re-education) کے ذریعہ دور کی جاسکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے یہ حقیقت سمجھا دینا چاہئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں بلکہ کم و بیش ایک فراموش شدہ عادت کی قسم سے ہے، پھر مریض کو کھانسنے اور اس شور کو ”آ آ“ (”a-a-h“) کی شکل میں لمبا کرنے پر مائل کرنا چاہئے۔ اس سے اُسے حرف ”ایے“ (”A“) پر لیجاتے ہیں اور اسی طرح اُصروف غلت سے شروع کر کے سارے حروف پہنچی ختم کرا دئے جاتے ہیں۔ اب مریض کی دلچسپی ہوتی ہے اور اُس پر یہ روشن ہو جاتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے بنانے میں ٹھیک طور پر تقویت کر سکتا ہے۔ اگر تدریس کا کوئی شبہ ہو تو یہ طریقہ نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کے طرف حجرہ کے قرب و جوار میں یا حلق کی پست پر نیراوی رو کا لگانا ایک اُلکھ ایذا (crude suggestive treatment) کے طریقہ کے طور پر مفید ہو سکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ عود کر آئے، یا اگر وہ ہسٹیریا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج اُن اصول پر اختیار کرنا چاہئے جن کی سفارش اُس عنوان کے تحت کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 791)۔

211

تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں عضلات مُقَرَّبہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہو کر مزمار کی کامل مسدودی واقع ہو جاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روکتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن شیرخواروں میں اس کی مندرجہ ذیل صورت بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔

صرصری تشنج حنجریہ (laryngismus stridulous) (تشنجی کسٹو)
spasmodic croup: یغیب (الطفل) (childerowing)۔ یہ تین ماہ اور دو سال کی عمر کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور لڑکیوں کے نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اس میں

ناقص حتی حالات مُردہ ہوتے ہیں، اور یہ غربائیں، اور اُن بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنہیں اوپر کی غذائی گئی ہو، یا جنہیں بیمار اور نیم ناقہ زندہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اصابتوں کی غالب تعداد (۵، فیصدی) میں کسامت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں، اور یہ مرض اکثر اُن بچوں میں لائق ہوتا ہے جو تکثر (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ ضروری تشیخ حخرہ کالی کھانسی کے بعد بھی واقع ہو جانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے ہیں، لیکن متعدد اسباب تشیخ کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً رونا، چھاتی جو سنا، تیز حرکات، حخرہ سے نیچے دودھ کا داخل ہو جانا، معدہ میں ناقابل ہضم غذا کی موجودگی، تسین (dentition) کی حرشش، اور سخت غصہ میں آنا۔ لیکن اکثر بلا کسی ایسے نمایاں پیشرو کے حملے واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سچہ خاصی اچھی صحت کی حالت میں ہو اور اسی وقت یہ دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف نغیب نما آواز (crowing sound) نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا وقفوں کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے، لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مدخلت جو ابتداءً صرف نغیب سے ظاہر ہوتی تھی، کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ سانس موقوف ہو جاتی ہے، سینہ مثبت، اور چہرہ شاحب اور کیود ہو جاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے، اور وہی عضلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ غصہ سے تشیخ دھبلا پڑ جاتا ہے، اور ہوا ایک بلند نغیب نما شور کے ساتھ مزار کی راہ سے اندر داخل ہوتی ہے جو اب بھی نامکمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ سچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے کھلونوں میں پھر مشغول ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں مزار کے تشیخ کے ساتھ تکثر (tetany) کے سراسخی قدیمی انقباضات (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔ انگلیاں خمیدہ ہو کر مٹھیلیوں میں آ جاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر ہو جاتا ہے اور ماتھے کلائی پر خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹانگیں جھیل جاتی ہیں، پاؤں ٹانگوں پر خمیدہ ہو جاتے ہیں، لوہے اندر کے طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری انگلیوں سے دور مٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنات (general convulsions) مستزاد ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی دور سے کے دوران میں، تنفس بالکل موقوف ہو جاتا ہے وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ نغیب دراصل اس امر کی علامت ہے کہ

شیخ و عیلا پر رہا ہے لہذا یہ دیکھا جائے گا کہ ہلکے اصابوں میں موت نہایت خوشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ علامات نہایت ممیز ہوتے ہیں اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے یہ آسانی خلط ملط نہیں ہوتے۔ بخار کی غیر موجودگی، حملہ کی قلیل المدت، دوروں کے دریاں حالت کا بالکل نندرست ہونا یہ سب اسے التهاب حنجرہ سے ممیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔
انذار۔ بیشتر مریض کلی طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی موتوں کا انذار ہوا ہے۔

علاج۔ اس مریض کی عام صحت اور حلقوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حقیقی الوسع بہترین یا سمی حالات کے تحت رکھنا چاہئے؛ یعنی تازہ ہوا، خوب ترویح دار کمرے اور جہاں اس کی غذا ناکافی یا ناموزوں ہو اس میں اصلاح کی جائے (ملاحظہ ہو کساخٹہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دواء کا ڈیجیٹل کاتیل (cod liver oil) یا کا ڈیجیٹل کاتیل مع خلاصہ مالت (malt extract) کے نہایت مفید ہے اور یونانیسیٹم بروڈمانڈ بچہ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۴ گریں کی خوراکیں میں دن میں تین بار اور کلورل (chloral) کی غٹھڑی مقداریں دی جا سکتی ہیں۔ اگر حملہ خفیف ہو تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار بہ لحاظ موسم، ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد رک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، سرد پانی سے جھگوئے ہوئے تولیہ سے اسکی جسم کی سطح اور چہرے کو ٹھیکنا چاہئے اور نفعیوں کے قریب ایمونیا یا ایسیٹک ترشہ تھام رکھنا چاہئے، یا اسکے بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہئے۔ انگلی ڈال کر اسکے برز (epiglottis) کو آگے کے طرف کھینچ لینا چاہئے۔

تشخیص۔ ہمارے بالغوں میں یہ زیادہ اکثر التهاب حنجرہ، اڈیمائی حنجرہ، شملی حالتوں، یا اجسام غریبہ کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، نیز یہ صرع (epilepsy)، داء الرقص (chorea)، کزاز (tetanus)، آب ترسی (hydrophobia) اور ہزال نہری (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ حنجری حرجہ

(laryngeal crisis) کی شدید تر شکل ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 679)۔ اور یہ ایک تندرست خجڑہ میں ہو سکتا ہے، یا ایسے خجڑہ میں ہو سکتا ہے جو کہ شکل سے پہلے ہی ماؤنٹ ہو اور ایسی صورت میں شکل بالعموم متبوعہ قسم کا ہوتا ہے۔ خجڑہ کے اندر ریتی یا غذا یا مشروب کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک شیخ پیدا کر سکتا ہے اور اکثر خجڑہ کی مخاطمی جھٹکی پر دوا آمیز محلولات کے لگانے سے بھی کسی قدر شیخ پیدا ہو جاتا ہے۔ شیخ مزمار اکثر ہسٹیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی سے ملتا ہوا ایک فعلی شیخ (صدیقی شیخ) = phonic spasm یا صوتی صعوبت = mogiphonia ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں بولنے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے اور بولنے کی کوشش چھوڑ دینے پر وسیلہ پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف ان لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام مجموعوں میں استعمال کرتے ہیں جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج - پہلی جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform) 'ایسٹل نائٹرائٹ' (amyl nitrite) 'ویپر کونائی' (vapour conine) یا جلتے ہوئے سٹرامونیم (stramonium) کا استنشاق کرنا چاہئے، بشرطیکہ یہ وقت پر میسر آجائیں۔ ورنہ ممکن ہے کہ قصبہ تنگانی کی ضرورت لاحق ہو۔ منوالی حلقوں کے لیے برومائیڈز (bromides) دئے جاسکتے ہیں۔

ہسٹیریا کی اصابتوں کے لئے ہسٹیریا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعلی حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے، نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور نصویتی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہئے۔

پیدائشی خجڑی صرصرہ

(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیرخواروں میں ایک خجڑی اختلال لاحق ہو جاتا ہے، جس میں سانس کے ساتھ ایک مخصوص عجیب غریب کی آواز (croaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پہلے پیدائش کے بعد جلد ہی سنائی دیتی ہے اور طویل عرصوں تک، شبانہ

سارے دن اور رات بھر جاری رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غرغون شہیق کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اور یا تو ایک کرخت (rough) آواز ہوتی ہے، یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زفیر (expiration) خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور سچہ کارونا عموماً طبعی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الاصلع فصائیں قدرے اندر کی جیسی ہوں، لیکن کوئی کبودی (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ نشور دورانِ خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب سچہ ہتاشش بشاش یا مچلا ہوا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں سچہ عمر میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی جاتی ہے، لیکن سر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر امور کے لحاظ سے سچہ بالکل سندرست نظر آتا ہے۔

دورانِ جیامیں اور موت کے بعد، دونوں وقت مزماری روزن نہایت تنگ نظر آتا ہے، برمزمار (epiglottis) اپنے اوپر دوہرایا ہوا، اور سبوجی برمزمار دوہراؤ تقریباً متاس ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ شیرخوار سچہ کے خجرہ کی طبعی حالت کی محض ایک مبالغہ آمیز حالت ہے، اور ڈاکٹر پیٹرسن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلا واسطہ مشاہدہ سے بتلادیا کہ صرصرہ سبوجی کے اوپر تھیک کی بالائی کوری کی ڈھیلی منجھلی کی تھیں، شہیق کے دوران میں خجرہ میں گھنچ آنے اور اس قطع میں مرتعش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے مویاب ہوتے ہیں اس تشوہ (deformity) سے پیدا ہو جانے والا سد کم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج اس نہیں آتا۔ اگر اعتناق سے زندگی خطرے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

خجرہ کی عدم حسیت

(anæsthesia of the larynx)

یہ دو قسمیں ہیں، بصلی شلل (bulbar paralysis) ہزال طہری (tabes dorsalis) اور شلل عمومی (general paralysis) میں، اور عصب تانیہ یا فوقانی خجری عصب کے تضرر سے واقع ہو جاتی ہے۔ اسکی شناخت خجری غشاء مخاطی کی عدم مایست

(insensibility) سے کی جاتی ہے اس وقت جبکہ حنجرہ میں کی مدو سے ایک سلائی ڈال کر اسے چھوا جائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے رزبے حنجرہ کے اندر داخل ہوجاتے ہیں، جو میکینزئی (Mackenzie) کی رائے میں ان عضلات کے شکل کا نتیجہ ہے جنہیں فوقانی حنجرہی عصب سے رسد پہنچتی ہے، یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاع میں پر مزمار (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کر دیتے ہیں۔ اس عدم حدیت کو جو دقت تھیریاکی وجہ سے ہو عموماً شفا ہو جاتی ہے۔ انداز عموماً ترقی پذیر بصلی شکل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مماثل حالتوں میں خراب ہوتا ہے، کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا ابھی پیچڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کر دے۔

213

علاج گیلوانی اور فراڈمی لاسقات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخل طور پر اسٹرکینیا (strychnia) دیا جاسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (oesophageal tube) یعنی انبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

کان

کان کے ضروری اجزاء تین ہیں۔

- (۱) آلہ ایصال جس کے ذریعہ آوازیں
- (۲) آلہ ادراک یعنی طرز ذیہک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کشیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صدات۔

(۳) عصب سمعی (حلزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایصال آلہ میں صیوان (pinna) پیرونی سمعی منفذ اور طبعی غشا جو کہ درمیان اذن کی بیرونی دیوار ہے شامل ہیں اور درمیان اذن میں استخوانی یعنی مطرقتہ (malleus) شدان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخر الذکر ایک پانی بند جوڑ کے ذریعہ بیضوی کھڑکی (oval window) کے اندر ٹھکا ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے دو عظمی فحات میں سے ایک ہے۔ دوسرا فتحہ ایک گول کھڑکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ

بند ہے۔ اندرونی اذن سیال سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکیائی انوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ انفی بلعوم سے آتی ہے۔ وقت ابتلاع یہ انوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں کا دباؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے اور اس طرح حرکت پذیر طبعی غشاء اپنی طبعی وضع قائم رکھتی ہے۔ سمعی صدات بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہو کر طبعی غشاء پر آپہنچتے ہیں۔ غشاء کے ارتعاشات اپنی باری باری طریقہ سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہو کر بیضوی کھڑکی پر آپہنچتے ہیں۔ ایک متبادل موج طبل کی ہوا کے ذریعہ گول کھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ اڑاں بعد یہ امواج اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ، حلزونیہ (cochlea) کے اندر کارٹی (Corti) کے ایک نہایت ہی مختص (specialised) عضو تک منتقل ہو جاتی ہیں۔ یہاں سے صدات مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک اور اس طرح دماغ میں چلے جاتے ہیں۔ اس میکانیہ میں ذرا سی مدخلت صمم پر منتج ہوتی ہے۔

صمم۔ بہرے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔

(۱) ایضائی صمم۔ اس میں بیضوی اور گول کھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: وکس (wax) یا اجسام غریبہ جو منفذ میں متکثر ہوں۔ درمیانی اذنی نازلت کی تمام اسباب۔ درمیانی اذن کے حاد اور مزمن التهابات۔

(ب) اورال صمم۔ وہ اسباب جو کہ حلزونیہ مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو مآؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذنی صمم بھی کہتے ہیں۔ ممکن ہو یہ بیضوی اسباب، قرمزی تپ اور تپ محرقہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض اینٹیوں کا نتیجہ ہو مثلاً جو شہ گروں یا عمال المغاص (caisson workers) میں، یا ریورلوروں (revolvers) رائفلوں (rifles) یا بند توں کے فائر کی آواز سننے دینے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض دوائیں خاص کر کوئین (quinine) اور سیلی سیلٹ (salicylates) لینے کا یا زیادہ قہار کو پینے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم۔ خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل بہرہ ہوتا ہے۔ یہ کبھی (۱) ایک جانبی ہوتا ہے، اور نکاف (mumps) یا حاد التهاب تیہ (labyrinthitis) کا، یا سلعات میں سمعی عصب کے مآؤف ہو جانے کا

نتیجہ ہوتا ہے۔ یا (۲) وجانبی ہوتا ہے اور نخاعی دماغی التهاب اسمیہ کا یا خلقی آشک (اس صورت میں اس کے ہمراہ ہمیشہ رختکی التهاب قرنیہ اور دو جانبی سمعی عصبی سلکات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طبین (tinnitus) و وار (vertigo) اور ”مینی ایر“ (Meniere) کے مرض کیلئے ملاحظہ ہو ”نظام عصبی کے امراض“۔

کان کا دسویں۔ کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں مقامی التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فی صدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور درجہ بعد السبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

صیوان الاذن بیرونی منفذ اور طبلی غشاء کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے جو کہ عام طور پر التهابی ہوتا ہے مثلاً سرخ بادہ، منفذ میں دہلائی یا ایک سرخ اور ابھری ہوئی طبلی غشاء اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سرطان پائے جاتے ہیں۔ جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد دوسرے حصص سے کہ جن کی رسد انہی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے محمول ہو سکتا ہے (۱) سترامی (trigeminal) یہ ممکن ہے حقیقی وجع اعصاب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیرین دانتوں اور غیر مشغز (unerupted) عقل کی وارٹھوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیرین جبرے میں پائی جاتی ہیں۔ زبان کے مرض، بالید اور تقرحات سے۔ غلہ تکلیف کے التهابات اور صدغی چانوی مفصل کے التهاب سے محمول ہوتا ہے۔ (۲) لسانی بلعومی۔ ممکن ہے یہ حقیقی وجع اعصاب ہو۔ لیکن درجہ تسکین انبویہ اور انفی بلعوم (سرطان) یا لوزہ، برعزمار، زبان کی پشت، سبوحی برعزمار، ثنیہ اور ناشپاتی نما حفرہ کے التهابی اور تقرحی ضررات سے بھی محمول ہو سکتا ہے۔ (۳) شوکی عنقی دوسرا اور تیسرا عصب۔ پچھلی جڑوں کا التهاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اور صیوان پر غلہ (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے، اسی طرح عنقی ضغیرہ کو متاثر کرنے والے

اضرار بھی۔ (۴) اعصاب النامیہ (vagus) کی اذینی شاخ، جو کہ بلاشبہ وجہی عصب کے رکبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے جب اس عقدہ کا التهاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جو کہ اذینی شاخ سے رسد لیتا ہے نمل پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اسکے ساتھ وجہی شلل اور بہر اپن اور دوار موجود ہو۔

تحت الحاد التهاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اذن کی خفیف سرایت مراد ہے کہ جس کے ساتھ یوسٹیجیائی انوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخر الذکر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہو جاتی ہے اور مکن ہے مصلی ارتشاح موجود ہو، اور طبل غشا اندر کو کھینچی ہوئی ہوتی ہے۔

علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سادرد ہوتا ہے، اور بہر اپن پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچوں میں نظر انداز ہو جائے۔ مریض کو سر کے دو شاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرتیاں سنائی دیتی ہیں، لیکن سیت ترین اور بلند ترین سرتیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی لمعوم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے، اور یوسٹیجیائی تسد کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

حادی می التهاب الاذن وسطی

بحث اسباب۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک نبتہ سنجہ (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور بسا اوقات زکام، التهاب لوزتین، تب قرمزی، کھسرا، انفلوئنزا کے بعد نمودار ہوتی ہے، یا عفونت الدم (septicæmia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کا سارا درمیانی اذن ماؤف ہو۔ بیش و موت نمودار ہوتی ہے، اور اسکے بعد طبل کے اندر خون آلود مصل کا ارتشاح ہوتا ہے جو کہ دم گھٹنے میں قیچی ہو جاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس قدر

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے اور بالٹوں میں ممکن ہے شدید و دیر دیر ہو۔ بہر ایں اور ٹینین (tinnitus) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کسندی جو کہ سر بخار کے ساتھ پائی جاتی ہے موجود ہوتی ہے۔ دوار شاذ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو ادھر ادھر پھرتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سمانیت (meningismus) نمودار ہو جائے۔ کان کا امتحان کیا جائے تو پہلے پہل مطرقہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سرخی نظر آتی ہے۔ پھر تشععی عروق اس نقطہ سے عشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں بعد از سرخی منتشر ہو جاتی ہے، لیکن عشاء کا پچھلا نصف اگلے نصف کی نسبت ہیئت پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التهابی ارتشاح سے عشاء ابھرتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انشقاب واقع ہو جائے۔

تشیح پیدگیاں۔ بعض اصابتوں میں عشاء کا انشقاب ہو کر اور گاہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نامکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (ا) صمم جو کہ بعد میں یوسٹیکیاہی انوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تنیخ کر کے کم کیا جاسکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ = polypus) ہوتا ہے جو کہ انشقاب کے اندر بروز کئے ہوتے ہوتا ہے اور اس طرح میلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج چار یا پنج ہفتہ تک جاری رہے تو غالباً حلیمہ سرایت زدہ ہو جائیگا، لیکن قبل اسکے کہ حلیمتی علیہ انجام دیا جائے، ناک اور انفیلموم میں سرایت ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدودہ (adenoids) کا اتیصال تیج کا خاتمہ کر دے سکتا ہے۔ (ج) وجہی شلل، فالوپئی قنال (Fallopian canal) میں ایک خلطی روزن کی راہ سے ساتویں عصب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے۔ (د) چھٹے جمعی عصب کا شلل جسکے ساتھ جہمی اور صدغی خلوں میں درد ہوتا ہے اور جو شاید ایک مصلی التهاب سمائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التهاب حلیمہ جس کو ان علامتوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درد حلیمہ اولو خاص کر اس کی نوک پر دباؤ ڈالنے سے الیمیت اور اس ہڈی پر کی نرم بافتوں کا تورم۔ ہرونی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا پھار ایک قیمتی امارت ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں اٹلنی زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور جلد سرخ ہوتی ہے۔ التهاب حلیمہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (س) جانبی خوف کے ام جافیہ پر پھوڑا جو کہ ممکن ہے خوف کو

مضبوط کر دے اور بعد میں علقت کا موجب ہو۔ (ص) درمیان حفرہ میں ایک بروں جانی پھوڑا جو کہ شاذ ہے۔ (ط) دماغی پھوڑا جس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ حلیہ میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ (ع) فیجی التهاب سجایا۔
 علاج۔ مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دوائیں مثلاً ایسیٹیل سلی سلک ایسڈ (acetyl salicylic acid) مرکب سفوف عرق اللذیب (pulv. ipec. co.) اور بشرط ضرورت مارفیادی جاتی ہے۔ دافع نبقات سبجیہ - سبجیہ (anti-streptococcal) دافع قرمز (anti-scarlatinal) مصل، دروں وریدی یا وروں عضلی طور پر دیا جاتا ہے۔ گلسرین اور کاربالک (carbolic) کے، یا آب کافور میں سم فیصدی کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں۔ کان پر ایک برقی طور پر گرم کی ہوئی گدی یا روئی سے یا گرم پانی کی بوتل سے ایکمیڈات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے۔ اس کے تبادل کے طور پر جھوٹی پھیوئی برف کی پھیلیاں حلیہ پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التهاب کو تسکین ہوتی ہے۔ ممکن ہے طبی غشاء میں شگاف دینا قرین مصلحت ہو، بالخصوص حاواصابتوں میں کہ جن میں بہت درد اور بلند پیش ہوتی ہے۔ التهاب حلیہ کا علاج اس کتب کے دائرہ بحث سے باہر ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 E. P. Poulton and F. A. Knott .. 1936 *Practitioner*, January.
- 2 M. Hovel .. 1924 *Brit. Med. Journ.* i., p. 497.
- 3 Sir St. Clair Thomson. 1924 *Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 83. ..
- 4 Sir St. Clair Thomson. 1922 *Lancet*, ii., p. 164.

امراض عضلے دوران خون

طبعی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں، یعنی اُس کے کہفوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعات (valves) جو خون کے بہاؤ کے رخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلہ قلب کا فطری خاصہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیزیں ظاہر ہو گئی ہیں، عضلہ قلب (myocardium) کے اندر کئی وہ نقاط جہاں انقباضی تہتبات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اُذین (auricle) سے بطنین (ventricle) تک تہتبات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبعی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اُذین کے اندر شروع ہو کر بطنین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بطنین کے اندر بھی آغاز پذیر ہو سکتا ہے۔ ہر بطنینی انکماش (ventricular systole) کے بعد ایک عرصہ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا اور یہ اُذین کے انکماش پر ختم ہوتا ہے اور اسکے بعد فی الفور بطنین کا انکماش واقع ہوتا ہے۔ اس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں، اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور خلیوں سے بنا ہوا ایک اطالت یافتہ چھوٹا تودہ جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اُذین کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے، اور جسے جوفی اُذینی گروہ (sino-auricular node) کہتے ہیں۔ ثانیاً، ایک چھوٹا تودہ جو اُذینوں کے فاصل میں جوف اکیلی (coronary sinus) کے فتنہ کے قریب واقع ہے، اور جسے اُذینی بطنینی گروہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثالثاً، عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اُذینی بطنینی بندل (auriculo-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اُذینی بطنینی گروہ سے پیدا ہو کر نکلتا اور چوڑائی میں تقریباً ۵، ۴ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی فاصل سے بطنی فاصل کے اندر چلا جاتا ہے، اور پہلے اس فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے، چنانچہ ایک حصہ فاصل بطنی کے اس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ دائیں شاخ بند معدل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطن کی دیوار میں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے، اور ریشہائے پُرکنجی (Purkinje's fibres) میں ختم ہو جاتی ہے، جو بطنوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلمہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بطنی گره اور اُذینی بطنی بندل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔ قلب کے طبعی فعل کی اشائیں 'سٹیج' جوئی اُذینی گره (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذین میں منتقل ہوتا ہے، لہذا انقباضی موج جس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موج تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے 'ج۔ ا۔ گره' (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے، اور نصف قطری یا شعاعی صورت میں پھیلی اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت طے کرتی ہے۔ اس کے بعد 'ب۔ گره' (A. V. node) منتہی ہو جاتی ہے۔ 'ا۔ ب۔ گره' (A. V. node) سے تحریک پیدا ہو کر 'ب۔ ب۔ گره' (A. V. node) بندل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے، اور بطنوں کے دروں قلب پر کے پُرکنجی کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویہ قائمہ بناتی ہوئی بطن کے عضلہ کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلہ قلب کو عصبی ریشوں کے دو سٹوں سے رسد پہنچتی ہے :-
 (۱) عصب تائید سے (۲) عصب مشارکی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصب مشارکی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کر دیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصب تائید کی شاخیں ج۔ ا۔ (S.A.) اور ب۔ ب۔ (A.V.) گرهوں دونوں میں ختم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یہ اثر ہوتا ہے موج تحریک کا مبداء (رفتار ساز) ج۔ ا۔ (S.A.) گره کے بالائی سرے سے اُس کے زیرین سرے پر منتقل ہو جاتا ہے۔ دوسرے اثرات بطء القلب (bradycardia)

کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

امتحان قلب

پھیپھڑوں کی طرح قلب بھی آنکھ، ہاتھ اور کان سے امتحان کر نیکی لئے
 موزوں ہے۔ وہ پھیپھڑوں کے اگلے حاشیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی
 طور پر متماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خط وسطی سے بائیں طرف عظم القفس
 کے زیرین نصف، اور چوتھی اور پانچویں بائیں ضلعی کڑیوں کے اندرونی حصوں اور
 ان کے نیچے کی فضاؤں سے متاثر ہے۔ صدءم القلب (impulse of the heart)
 معائنہ اور جس سے دریافت ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی رقبہ
 (præcordial area) یعنی دیوار سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے، قریب
 کرنے سے معلوم کیا جاسکتا ہے، اور اصولاً مت قلب کا مطالعہ استماع کے ذریعہ
 کیا جاسکتا ہے۔

معائنہ

(inspection)

تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگاتا ہوا دیکھا
 جاسکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فشار میں اور تفریباً ۱۰ انچ
 قطر کا ہوتا ہے، اور مچھلی سے انتصافاً نیچے کھینچے ہوئے ایک خط سے ۱۰ انچ تا ایکس انچ
 اندر کی طرف، یا ایک اوسط جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے ۱۰ تا ۳ انچ فاصلہ
 پر واقع ہوتا ہے۔ اس ضرب کو صدءم القلب (impulse) یا صدر بنتا الراس
 (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے
 یا اسوجہ سے کہ قلب کو کشش ڈھانکے ہوئے ہو، صدرم نہیں نظر آ سکتا۔ دایاں اذین
 جب وہ توسع (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القفس سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا
 ہوا دیکھا جاتا ہے۔ قلب کی بڑی کلائی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر ابھرنابھی

معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مرئی انکماش باز کشیدگی (systolic retraction) ہونا عام ہے۔ قلب کی بیش پرورگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں باز کشیدگی واقع ہوتی ہے۔

جس

(palpation)

صدَم کا محل وقوع عموماً جس سے اس سے زیادہ قریبی طور پر متعین کیا جاسکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے۔ وہ بائیں بطن کی بیش پرورگی کی صورت میں باہر کو اور نیچے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور انتہائی اتساع میں بطن میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ضرب قوی یا جاشمی (heaving) اور سریع اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جس پذیر نہ ہو۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارہ بالعموم اس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے، جہاں انگلیوں کو کسی چیز کے واضح طور پر سامنے کو اور افقی طور پر اٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63) نہ کہ اُس رقبہ کے بیرونی اور زیرین حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جاسکتے ہیں، اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے باہر واقع ہوتا ہے۔ ایک مثال میں جس کا کہ راقم نے مشاہدہ کیا بائیں بطن کے بالائی حصے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری صدَم پیدا ہو گیا تھا۔ ٹرکیسیف پر ایک انکماش صدَم (systolic impulse) ایک بیش پروردہ دائیں بطن سے، اور طی سے جبکہ یہ انورسمائی ہوتا ہے، یا رسولی سے ابصال شدہ ہوتا ہے، یا نابض جگر (pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ کُتسَع دایاں اُزین عظم القصر سے دائیں طرف ضرب لگتا ہوا محسوس ہو۔ اور طی انورسما کی بعض اصابتوں میں قاعدہ قلب پر رکھا ہوا ہاتھ ایک صدمہ محسوس کرتا ہے، جس کو انبساطی صدمہ (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں، جو بائیں جہ آسانی محسوس ہوتی ہے کہ انورسما شش کو چمکاتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تماس حاصل کر لیتا ہے۔

مصرعی مرض کی بعض صائتوں میں ایک محدود رقبہ پر [جس میں سماع الصد سے ایک تحریر (murmur) سنائی دے سکتا ہے] ہاتھ سے ایک ذبذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خیر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خیر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اس قدر کثرت (coarse) یعنی اس قدر شست شرح رکھنے والے ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جاسکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ مٹسانی فیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے، اور اذنی انکماش خیر (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انبساطی خیرات (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خیرات کے ساتھ ذبذبہ نسبت بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصرعی ضررات (valvular lesions) جیسے کہ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) (فعلی)، اور طی ضیق (aortic stenosis)، اور کبھی کبھی اور طی بازروی (aortic regurgitation) اور مطرانی بازروی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انور سما اور الہتاب ناوٹو (pericarditis) بھی جس پذیر ارتعاشات پیدا کر سکتے ہیں۔

قرع

(percussion)

گو کہ قرع کرفے پر سینہ کا بیشتر مشقش کی موجودگی کے باعث، گنگ دار (resonant) ہوتا ہے تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق اصمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اُس حصے سے متاثر ہوتا ہے جو شش نے چکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اضافی اصمیت (deep or relative dullness) کا ہے، جس کی بیرونی حد قلب کے خاکہ سے متاثر ہوتی ہے اور اس طرح اُس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بنا کر پیش کرتی ہے۔ اور کویتہ تیری فضا، تک پہنچتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدم القلب تک پہنچتی ہے۔ اور دائیں طرف

یہ اکثر عظم القصد کئے دائیں کنارے سے نصف انچہ باہر تک شناخت کیجا سکتی ہے۔ عظم القصد خود گمگ دار ہوتی ہے۔ اضافی اصمیت متوسط طور پر ہلکے قرع کی مدد سے بہترین حاصل ہوتی ہے۔ کمرے میں خاموشی ہونی چاہئے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا کنارہ عموماً اُس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے کہ جہاں اوٹا آواز کی گمگ میں معتدبہ تغیر واقع ہوتا ہے۔ اصمیت قلب کی زیرین حد، جگر کی اصمیت سے متناظر نہیں کی جا سکتی، اور یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ صدم القلب اور اصمیت کے دائیں کنارے کے زیرین ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

قلب کا محل وقوع کسیندرم فیض کی وضع قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ دیوار سینہ پر قلب کا رقبہ برآمد (area of projection) انقباضی وضع میں اُس سے کسی قدر زیادہ نیچے تک پھیلے گا اور نسبت کم چوڑا ہوگا کہ جتنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔ جب پھیپھڑے متمدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں تو قرع کرنے سے حسامیت قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں صدم القلب اکثر اتنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ اضافی اصمیت کے رقبے کی زیادتی کا ایک اہم سبب تاجہ ناموری (pericardial sac) کا مائع سے پُر ہو کر متمدد ہو جانا ہے۔ استثنائی طور پر اس تاجہ میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گمگ دار ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی اصمیت کے رقبہ کا، اوپر کے طرف، نیچے کو یا ایک جانب ہٹا جانا ہر اس شخص کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

استماع

(auscultation)

سماع الصدر سے سننے پر قلب کی آوازیں "لب ڈپ" الفاظ (syllables) سے مشابہ معلوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبت زیادہ دھیمی (duller) اور لمبی، اور دوسری آواز نسبت زیادہ تیز (sharper) اور مختصر تر (shorter) ہوتی ہے۔ پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ آذینی بطینی معرعل (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (stretching)

کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری آواز نیم ہلالی مصراعوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکا یک تن جانے کے سبب سے۔ دونوں مصراعوں کی صورت میں جوں ہی کہ دھنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے دامن معمولاً ساتھ ساتھ تیرنے لگتے ہیں (1)۔ پہلی آواز راس قلب کے قریب بہترین، اور دوسری آواز قاعدہ پر بہترین سنائی دیتی ہے۔

ترمیمات اصوات - قلب کی آوازیں منفرد (accentuated) یا بلند میں مختلف، یا تعداد میں زیادہ ہو سکتی ہیں، یا ان کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہو سکتے ہیں۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک سبب شش کی باز کشیدگی (retraction) ہے، کہ جس سے قلب دیوار صدر سے قریب تر آ جاتا ہے۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھماکے (dulling) یا غلط (muffling) بطنی شش پروردگی سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن تفخیم بغیر دھماکے (accentuation without dulling) مطرانی ضیق میں عام ہے۔ دوسری دھماکے بن ضلعی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شش یا بی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے، کہ جس سے ممرع بند ہونے کے بعد بغیر معمولی قوت کے ساتھ تن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰۷ (۲)]۔ اسی طرح دوسری یا تیسری بائیں فضا میں دوسری آواز کی تفخیم مکمل طور پر ریوی مصراعوں (pulmonary valves) سے پیدا ہو جاتی ہے۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کمزور فعل سے پیدا ہوتی ہے، یا اسوجہ سے کہ قلب شش سے بغیر معمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو، جیسے کہ نفاخ میں، یا اسوجہ سے کہ وہ تادموری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو۔ اصوات قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہو سکتی ہے جبکہ مصراع نامکمل یا ناقص ہوں اور اس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہو کر خیر است (murmurs) پیدا ہو جائیں۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) عموماً قاعدہ قلب پر سنا جاتا ہے، بالخصوص ریوی رقبہ میں، اور بعض اوقات اُس کا ایصال راس تک

ہوتا ہے۔ وہ مصرعی مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا املاء ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اوٹری مصراعات بالکل ہمزماں طور پر بند نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پہلی آواز کا تضاعف، جو اس پر سنا جاتا ہے، بعض اوقات اذینی بطنی مصراعات کی خیر ہمزماں مسدودی کے باعث ہو۔ حرور اکض (canter-rhythm) میں اس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف ہوتا ہے، جس سے تھری لے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں، یعنی "ٹی ٹی پ" اور "ٹی ٹی پ" کی حرور اکض (canter-rhythm) کے سبب ہیں۔ (۱) نائید یا فٹو آواز (extra sound) اُسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اس مقام پر ایک عاجل وسط انساٹمی (early mid-diastolic) یا اذینی انکماش خیر پیدا کر دیتا ہے، یعنی وہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی علامت ہے۔ (۲) یا وہ قلبی مسدودی (بیلٹاٹ ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ وہ دراصل مجسمہ وہی آواز ہو جو انقباض اذین کے سبب سے ہوتی ہے۔ معمولی حالات میں یہ اسوجہ سے نہیں سنائی دیتی کہ بطنیں ملے مقدار قریب ہوتی ہے کہ اول الذکر کی آواز اس کو ڈھانک لیتی ہے۔ قلبی مسدودی میں اذین بطنیں سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے، اور اس کے انقباض کی آواز انساٹ کے دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی، اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف (reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)۔

219

قلب جس قدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اسی قدر دوسری آواز اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ اُس مرتبہ فعل میں جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں وقفے مساوی ہو سکتے ہیں۔ ضربات قلب کمزور ہوتے ہیں، پہلی آواز دوسری آواز سے تیز نہیں کی جا سکتی، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔ اس حالت کو جنینی لے (fetal rnythm) یا جنینی قلب (embryocardia) کہتے ہیں۔

تندرست اشخاص میں اس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے، وہ قاعدہ پر اوٹری

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دگنی شدت رکھتی ہے۔ عضلہ قلب کے انعطاف کی اصابتوں میں پہلی آواز جو اس پر سنی جاتی ہے اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہاں تک کہ وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اس سے کمتر ہو جاتی ہے۔ ان دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان ان کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔

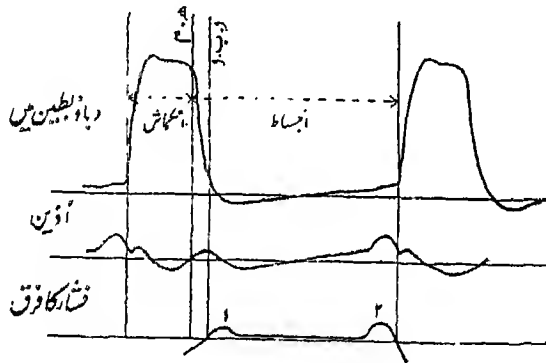
مرض کے باعث مصرعی و ہنوں پر خریات۔ مصرع کی کوئی تنگی (narrowing) تضیق (stenosis) یا تسد (obstruction) ان کی راہ سے جانے والی خون کی رگوں میں ارتعاشات پیدا کر دیتا ہے اور یہ ایک خیر (murmur) یا حرور (bruit) کے طور پر سنائی دینگے، جس کو ابتدائاً حرور و منفاخی (bruit de souffle) کہتے تھے۔ بخلاف ازیں اگر وہ مصرع علیہم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اس کہف کے اندر باز راو ہو جائے گا جس میں سے وہ آیا تھا، اور اس سے بھی ایک خیر سنائی دینگا۔ یہ خریات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصوات قلب کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اگر ایک یحساں سورخ رکھنے والے نل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے بزور گذار جائے تو نل کی دیوار پر رگڑ لگنے سے تلاطم انگیز حرکت پیدا ہوگی اور ایک آواز سنائی دینگے۔ نسبت کم رفتار ہو تو ہسٹو یکساں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اس وقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے نل میں سے نکل کر ایک نسبتہ چھوٹے نل میں جاتا ہے۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے نل میں سے ایک نسبتہ بڑے نل کے اندر، یا ایک نل کے نل میں سے نکل کر اس کے آگے نسبتہ چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کی توجہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبتہ چھوٹے نل میں زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے اور اسی واسطے وہ ایک نسبتہ بڑے نل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے ستیال کے اندر ایک منبہ صا (fluid vein) کی شکل میں آگے کو پھینکی جاتی ہے اور اس کی رگڑ گرداگرد کے ستیال پر لگنے سے وہ جھنوروں کی شکل میں پارہ پارہ ہو جاتی ہے۔ اس سے پیدا ہونے والے ارتعاشات

بصورت آواز سموع ہوتے ہیں۔ اس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے، لیکن جسم انسان پر اس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے چنانچہ مصراعوں کی تنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے خیرات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، گو یہاں یہ بتلادینا چاہئے کہ خیر کا ایک مزید سبب مصراعوں کی کوروں کے یا اُن کی روئیدگیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوئے خون کے اندر ہوتے ہیں۔ منہر صحر (fluid vein) کے اصول سے اُن خیرات کی توجیہ بھی ہوتی ہے جو قابلِ بطن (septum ventriculosum) کے کسی اشتباہ میں سے خون کے گزرنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ طبعاً جبکہ خون بڑے شریان میں سے چھوٹے شریان کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دے گی۔ لیکن اگر شریان پر دباؤ پڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) ایسے ہی ذرائع سے متعین کیا جاسکتا ہے۔ اسی طرح اگر بڑے اوردہ پر دباؤ پڑے تو ایک خیر سنائی دے گی، اور شریانی انورسما اور شریانی ورید انورسما میں بھی۔ بالآخر یہی اصول اُس وقت بھی کارفرما ہوتا ہے جبکہ دورانِ نفس میں ہوا کی رُوؤں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں جیسے کہ سیئی بجانے میں، نیز ناک کے اگلے یا پچھلے منخروں میں، مزمار (glottis) میں یا تنفسی شعیبات اور ہوائی ناچوں کے درمیان۔

خیرات قلب ایک دوسرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں۔
(۱) بلحاظ وقت۔ (۲) قلب کے دھنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں۔ (۳) آواز کی نوعیت میں۔

خیرات کا وقت۔ وہ خیرات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اُس کے بعد ہوتے ہیں، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انکماش (systolic) کہلاتے ہیں۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ، یا اُس کے اور اُس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں، اتساعِ بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں۔ یہ خیرات انبساط میں اپنے محل وقوع کے لحاظ سے عاجل (early) وسطی (mid) اور

آجل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخر الذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انکماش (pre-systolic) کہتے ہیں، اور جب وہ، جیسا کہ بیشتر اصابتوں میں ہوتا ہے، بائیں اذین کے انکماش سے خون کے ایک تنگ فتحہ میں سے بزور گذرنے کی وجہ سے ہوتا ہے تو اسے اڈینی انکماش (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خیر کے وقت کی تعیین کے لئے، اس کا محل وقوع ضرب قلب کے لحاظ سے یا غصوبہ درقی کے پاس سبائی شریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انکماش کی قائم مقام ہوتی ہیں، لیکن نبض کبری (radial pulse) سبائی شریان کی نبض سے $\frac{1}{4}$ سینکڑ بعد واقع ہوتی ہے۔

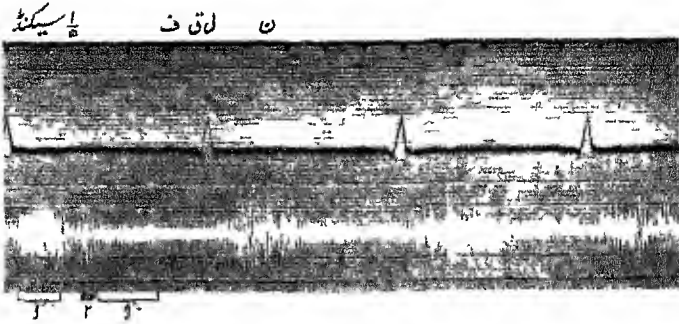


شکل ۱۱۔ مطرانی صبیق کے خیرات کی توجیہ لوئیس (Lewis) کے مطابق۔
 ھ۔ ھ۔ ہلائی مصراعوں کی سد و دی جو کہ دوسری آواز کا وقت اور
 انبساط کی ابتدا ظاہر کرتی ہے۔ ۱۔ ج۔ ۱۔ اڈینی بطینی مصراع کا
 انضاح۔ ۲۔ اڈینی انکماش خیر کا محل وقوع ظاہر کرتا ہے۔ ۱۔ وسط انبساط
 خیر ظاہر کرتا ہے۔ آخر الذکر حقیقت میں ایک غلط نام ہے، کیونکہ یہ خیر
 وسط انبساط سے پہلے واقع ہوتی ہے، لیکن چونکہ یہ انبساط کے آغاز سے
 بعد شروع ہوتی ہے لہذا اس کو مابل انبساطی نہیں کہا جاسکتا۔
 حقیقت میں یہ تاخیر پلائیو مابل انبساطی ہے۔

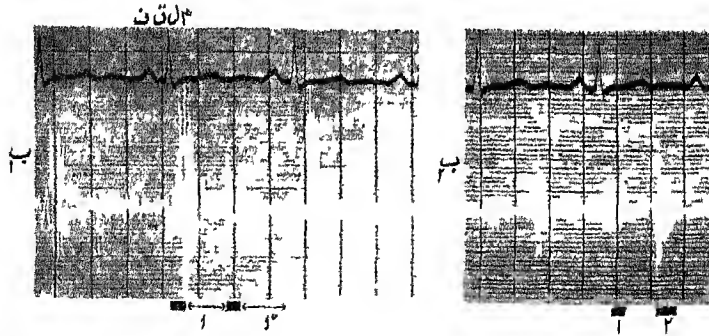
اُور ملی دھنہ پرستہ کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تھک دے پار
 بزور گزار کر ایک خیر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماش خیر ہوتی ہے
 اور اگر قلب کی طبعی آوازیں ”لب ڈپ“ سے ظاہر ہوتی ہیں تو اس خیر کے ساتھ کی
 آوازیں ”لف ڈپ“ (”luff-dup“) سے ظاہر کی جاسکتی ہیں (صفحہ ۱۰، الف)۔
 اُور ملی دھنہ پر کی بازروی ارتخا بطین کے دوران میں ایک خیر پیدا کر دیتی ہے جو
 دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ ہا جلی انبساطی (early
 diastolic) ہوتی ہے (صفحہ ۱۰، الف)۔

مطرائی دھنہ پر بازروی، بطین کے انقباض کے دوران میں ایک خیر پیدا
 کر دیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماش خیر پیدا ہو جاتی ہے (صفحہ ۱۰، پ اور س)۔
 مطرائی مصراع کے مقام پرستہ دھنہ سے ایک انبساطی خیر پیدا ہو جاتی ہے جو
 اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہے جبکہ خون اُزین سے بطین کی طرف اغلظ شدت
 کے ساتھ بہ رہا ہو، یعنی جب دباؤ کا فرق کبیر ترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُزین
 اور بطین کے دباؤ کے تغیرات کا علم ہمیں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے
 جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی
 بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کامل طور پر مرتخی لیکن خالی ہوتا ہے
 اور اُزین اُس خون سے مستحق ہوتا ہے جو پچھلے اُزینی انکماش کے وقت سے جمع ہو گیا
 ہے۔ دوسرا موقع خود اُزینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُزینی فشار
 بہت بلند ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرائی ضیق میں دو عام ترین خیرات
 میں سے ایک تو وہ خیر ہے جو وسط انبساط کے اوائل میں ہوتی اور محض ایک سہوا انبساط
 خیر موسوم کی جاتی ہے (صفحہ ۱۰، ج، د اور س) اور دوسری وہ قبل انکماش یا اُزینی
 انکماش خیر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہو کر پہلی آوازیں ختم ہو جاتی ہے
 (ج اور س)۔ جب یہ خیرات فکر ایک ہو جاتے ہیں تو کامل انبساطی (full
 diastolic) کہلاتے ہیں (ب اور ج)۔ اس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہو چکا ہے کہ
 اس پر ایک متضاد دوسری آواز اکثر مطرائی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریقہ
 سے پیدا ہو جاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خیر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

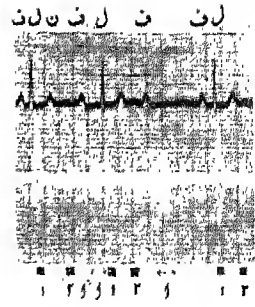
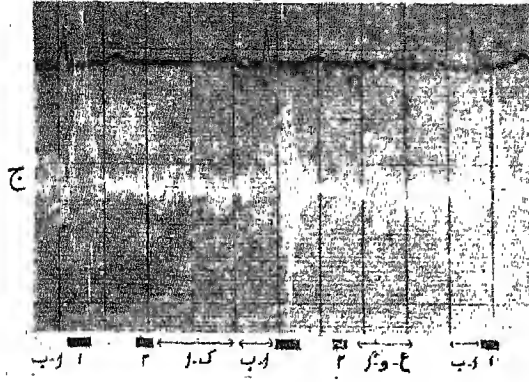
اصوات قلب کی تسجیل اور برقی قلب نگاشیں



الف۔ اورطی پیش پسی خیرات۔ پہلی آواز کی بجائے ایک انکماش خیر (۱)، موجود ہے اور دوسری آواز (۲) کے فی الفور بعد ایک کمزور انبساطی خیر (۱) ہے۔

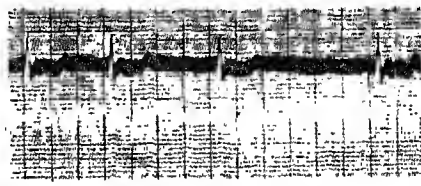
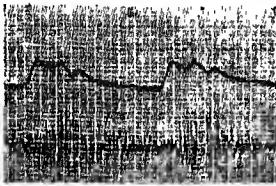


ب۔ مطرانی ضیق اور باز روی۔ ب میں آوازیں راس القلب (apex) کے ذرا اندر کی طرف تسجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز بلند ہے اور ایک انکماش خیر موجود ہے۔ دوسری آواز اور کامل انبساطی خیر بھی نکلا گیا ہے۔ ب میں آوازیں ریوی رقبہ کے اوپر تسجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز کمزور ہے اور دوسری آواز مفلج ہے۔



ج۔ مطرانی ضیق۔ ل۔ اکمال انساطی خریر۔ ا۔ و صاعدی انکاشی خریر۔ ع۔ و۔ اکابل وسط انساطی خریر جس کے بعد ایک خاموش وقفہ ہے۔

د۔ مطرانی ضیق اور جزوی مسدودی قلب۔ فل فاصلہ بتدریج بڑھ جاتا ہے یہاں تک کہ ایک ضرب ساقط ہو جاتی ہے۔ پہلی آوازیں ترسیم کے شروع اور آخر میں مخم ہو جاتی ہیں اور ایک چھوٹی سی آذینی انکاشی صاعد خریر موجود ہوتی ہے۔ دوسرے انکاش پر آذینی انکاشی خریر (۱) اور پہلی آواز ایک دوسرے سے اسلے جدا ہیں کہ فل فاصلہ طویل ہو گیا ہے۔ اسکے بعد جب بطینی ضرب غائب ہوتی ہے تو آذینی انکاشی خریر تنہا موجود ہوتی ہے۔ اکابل وسط انساطی خریر۔



ر۔ ایک مفتوح قنات شربانی کی اصابت میں باقی نبض نگارش اور اصوات قلب کی تجیل۔ ایک انکاشی خریر موجود ہے جو کہ انکاش کے ختم پر پڑھتہ نبضی کناؤ کے مقابل مخم ہے اور انساط کے بیشتر حصہ میں جاری رہتی ہے۔

س۔ ایک مطرانی ضیق اور بازروی اور آذینی ریشگی انقباض کی اصابت میں انکاشی اور انساطی خریرات۔ پہلی رواور آخری دو ضربات کے ساتھ جو خریرات پانی جاتی ہیں وہ مسلسل ہوتی ہیں جب ضربات کے درمیان وقفہ طویل ہو جائے تو دو انکاشوں کے درمیان خاموش وقفے درج کئے جاتے ہیں۔ (یہ تصاویر ڈاکٹر کراٹن برامویل کے اندراجات سے لی گئی ہے)

جبکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرائی ضیق میں ایک مابل انبساطی خیریاٹی دیتی ہے ایسے ایک ایسی خیر جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے ۔
وسط انبساطی خیر اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور نفخی (blowing) اور بالکل مختصر (short) ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قرقری (rumbling) ہو اور انبساط کے بیشتر حصے میں جاری رہے، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے۔ اُذینی انکماش خیر بتدریج بلند تر ہوتی جاتی ہے، اور ایک مضخم (accentuated) پہلی آواز میں ختم ہوتی ہے۔ وہ ”ر-ر-رپ“ (“r-r-rup”) اسے ظاہر کی جاسکتی ہے۔
وسط انبساطی اور اُذینی انکماش خیرات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ملنا ممکن ہے (ج اور د) یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکماش خیر ایک متضاعف دوسری آواز کے ساتھ ہو۔

یہاں جو کچھ اُورلی اور مطرائی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی بہ تبدیلی الفاظ ریوی اور مثلثی مصراعات کے متعلق کہا جاسکتا ہے۔
خیرات کا تعلق قلب کی تے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے بہاؤ کے ساتھ کیا ہے یہ ذیل میں بصورت جدول اس طرح ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

دہنہ	خیرہ	خیر
اُورلی	تسد	انکماش
ریوی	بازروی	انبساطی
مطرائی	تسد	انبساطی
مثلثی	بازروی	انکماش

انبساطی } مابل
انبساطی } نفخی
(مابل - قبل انکماش یا اُذینی انکماش)

انہیں سے ریوی بازروی (pulmonary regurgitant) کے خیرات اور مثلثی تسد (tricuspid osbtructive) کے خیرات تہایت شاذ ہیں۔ اور ریوی تسد کے خیرات بقیہ پانچ کی نسبت نادر الوقوع ہوتے ہیں، تاہم ریوی شریان کے خطہ پر ایک انکماش خیر کا، خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اُسے دُوسری تحریر (haemic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آٹھ امکانی فرمات (چار دہنوں میں سے ہر ایک کے تسد یا باز روی) محض ان کے خیرات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہترین سُنے جاتے ہیں، اُن کے تیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے نہیں متعین ہوتے، بلکہ دھننے سے گذر کر پہنچنے والے خون کی رُو کی سمت سے اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعین ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ جو اُورطی میں وسط قفس سے دائیں ترقوی ہڈی کی طرف ریوی شریان میں قفس سے اوپر کی طرف بائیں رُغ میں، اور قلب میں اُذین سے بطن میں ہوتا ہے، ہر تحریر کو ایک خاص راستہ سے منتقل کرتا ہے۔ اور باز روی کے خیرات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی باز روی (reflux) اُورطی مصراعوں میں سے بطن میں، اور مطرانی مصراعوں میں سے اُذین میں، ایسے ہی طریقہ سے عمل کرتی ہے۔ رقبہ (area) کی اصطلاح (مطرانی رقبہ، اُورطی رقبہ) کا اطلاق اکثر پیش قلب (præcordia) یا متصل دیوار صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص تحریر عموماً سنی جاتی ہے، اور مصراع مرنے کے لئے استماع قلب کرتے وقت ان رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہئے۔

اُورطی تسد کے خیرات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی کُرسی اور عظم القفس کے مقام اتصال پر، اور دوسری دائیں بین ضلعی فضا کی انتہا (اُورطی رقبہ) پر سُنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے عروق میں کیا جاسکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوک حفرہ (supraspinous fossa) میں سُنائی دیتے ہیں۔

اُورطی باز روی کے خیرات اُورطی رقبہ پر سنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القفس یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راس قلب کے رُغ میں کیا جاسکتا ہے، یعنی خون کی باز رو دھار کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

عظم القص کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ سُخنے جاسکتے ہیں۔

مطرائی تسلسلہ کے خریات صدر کے ساتھ صدم القلب کا نقطہ ہے اس (مطرائی رقبہ) پر سب سے زیادہ بلند سنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اس نقطہ اور عظم القص کے درمیان کم و بیش سموع ہوتے ہیں، وہ اس پر ہمیشہ بہترین سنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سمعی کے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصدر کو نہ صرف اُس مقام پر رکھنا چاہئے کہ جہاں صدم کو طبعاً ملتا ہے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضرب قلب پر رکھنا چاہئے جو کہ امتحان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صرف ہلکا دباؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

222

مطرائی بازروی کے خریات بیشتر اس قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلب پر سے عظم القص اور قاعدہ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو تعاقب کرنے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر اُن کی بلندی جاتی رہتی ہے، لیکن وہ بائیں عظم الکف کے زاویہ پر پھر سنائی دینے لگتے ہیں۔

دیوی تسلسلہ کے خریات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں بن ضلعی فضا میں اُس کے اندرونی سرے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اُن کا تعاقب اُس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جاسکتا ہے۔ ریوی بازروی کے خریات تیسری بائیں ضلعی کرسی کے عظم القص کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطین پر، عظم القص کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلثی تسلسلہ کے خریات بعض اوقات (مطرائی تسلسلہ کے خریات کی طرح) ایک قبل انکماش یا وسط انبساطی لے کے ساتھ عظم القص کے بائیں جانب، اُس کے اور چوتھی ضلعی کرسی کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلثی بازروی کے خریات عظم القص کے زیرین نصف پر، اُس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اُس حصے کے ساتھ خاصے قریبی طور پر متناظر

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے لیکن وہ اکثر غصہ و غبر کا
کے قاعدے (مُشَلَّتِی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں۔

قلب کے پیدا نشی نقائص اور اُورٹلی انورسما کے باعث پیدا ہونے والے
خریرات بعد میں بیان کئے جائینگے۔

نحریر کی نوعیت - آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفخی (blowing) اور
بعض اوقات ریلے جیسی (rushing) آواز چلانے جیسی (sawing) یا ریتے جیسی
(rasping) ہوتی ہے۔ بعض اوقات خریات، صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں مصالح
کے نیم اللہ شدہ ٹکڑے جو دموی رو میں کھیلنے ہوں، مصرعوں کے انشابات اور
ڈھیلے اجال و تری (chordae tendinae) بعض اوقات ایسے ہی خریات پیدا
کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک خری، جو گو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پر اس
ارتفاع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتفاع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک اچھے
فاصلہ پر رکھتی ہے۔

غالباً خون کی روئوں کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر
سے، خریات مریض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً لیٹی ہوئی وضع
(recumbent position) میں اکثر اُورٹلی مطرائی اور مثنتی انکماش خریات کی مدد
میں ایک زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کھڑی وضع اکثر مطرائی تسد کے اور
اُورٹلی باز روی کے خریات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی
(hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے۔

نحریرات کی اہمیت - یہ ایک حیرت خاک امر ہے کہ خون جس راستہ
(اور وہ، اُذین، بطین، شہ بیان) میں سے ہو کر گزرتا ہے اُس کے قطر یہ (calibre) میں
بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خریات عموماً نہیں پیدا ہوتے
یہ تصور کر لینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر جو کوئی امراض یا اہمیت نہ رکھتا ہو صورت حال
کو بالکل بدل دیتا اور ایک خریہ پیدا کر دیتا ہے۔

دوران جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیونس (Lewis) اور اُس کے
رفقائے کار کے تجربہ کی بنا پر خریات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستور یہ ہے کہ جس شخص میں انبساطی خیریات موجود ہوں، اور اُعلیٰ باز روی یا مطرانی ضیق ظاہر کریں، اُسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انکماش خیر کی موجودگی کو بالکل نظر انداز کر دینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص بالآخر ناقابل ثابت ہوتے ہیں اُن کا تناسب انکماش خیر رکھنے والوں میں بھی وہی ہوتا ہے جو کوئی خیر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس کا سبب بلاشبہ یہی ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انکماش خیرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات بروں قلبی ہو سکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی باز روی موجود ہو تو بعض اوقات اس ضرر کی تعویض اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیر موجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابل شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خیریات جو کہ چار مصراعی دھنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر ہیں ہوں۔ مندرجہ بالا بیانات کا اطلاق اُن آوازوں پر ہے جو چار مصراعی دھنوں پر تسدات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیر طبعی آوازیں بھی سنائی دیکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بعض وظیفی خوریا (functional murmurs) کہلاتی ہیں، بہ مقابلہ اُن خیریات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔ دموی خیریات (haemic murmurs) - عظیم الدم حالتوں میں جیسے کہ انخسرت (chlorosis) متلف عدم دمویت (pernicious anemia) اور خون کے بڑے فیامات کے بعد رقبہ قلب پر ایک انکماش خیر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کرخت (harsh) ہوتی ہے، اور دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں بلند ترین سنائی دیتی ہے، اور اُس فضا کے برابر برابر باہر کی طرف اور بائیں ترقوہ ہڈی کی طرف اس کا تعاقب کیا جاسکتا ہے، یعنی ریوی ثمریان میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خیر اکثر لیٹی ہوئی وضع میں بلند ترین ہوتی ہے، اور دھنوں کے کھڑے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ شدید عدم دمویت کی حالت میں بھی راس پر اور پیچھے بھی ایک خیر سنائی دیکتی ہے۔ اس کی ایک گن توضیح یہ ہے کہ عدم دمویت میں جوئے خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے تھقی حجم

“minute volume” کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے، ایک تلام انگیز حرکت یا خیر پیدا کر دیتی ہے۔

بروں قلبی خیرات (exocardial murmurs)۔ یہ نفی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں، جو اندرون قلب کے تغیرات سے نہیں بلکہ آواز کے اُن ارتعاشات سے پیدا ہوجاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جماعت قلب کے بدل جانے کے باعث ہوتی ہیں، جس شے شے کے متصل حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہو کر قلبی لے کے ساتھ مختلف قسمی آوازوں کا ایک سلسلہ قلبی سیلوی (cardio-pulmonary) پیدا ہوجاتا ہے۔ ان میں سے عام ترین ایک مختصر بلند ارتقاع (high-pitched) کی انکماش خیر ہوتی ہے، جو اکثر اس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المسراج (nervous) یا گھبرائے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے طبی امتحان کے وقت سنائی دیتی ہے۔ ایسی خیر بعض اوقات پیچھے بائیں عظم الکنتف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔ اگر یہ مسماع الصدر کے سخت دباؤ سے غائب ہوجائے تو بعض لوگ اس کے بروں قلبی مبداء کو ثابت تصور کر سکتے ہیں۔ لیکن تادموری فکر کی آوازیں (pericardial friction sounds)، جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں، اور غلطی سے اندرونی حروات (internal bruits)، سمجھی جاسکتی ہیں، دباؤ سے اکثر زیادہ ہوجاتی ہیں۔ ایک انکماش راسی خیر، جو صرف دورانِ شہیق (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اس وقت تک سنائی دے جب تک کہ کشتش پھیلا ہوا رہے، غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے۔

دوسرے بروں قلبی خیرات قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہوجاتے ہیں، جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پلیورائی انصباب سے یا تشوہات (deformities) صدر سے مضبوط ہوجائے۔ اور دوسرے بروں قلبی خیرات قلب کے بالکل ہم پہلو اور زیادہ بائیں جانب پرکشش اور پلیورائی مرضی حالتوں سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہفہ قلب کے قریبی تماس میں ہو، نہایت غیر معمولی خیرات سنائی دیتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدم القلب کے ساتھ ہوا کہفہ

یہ ایک باہر خارج ہو جاتی ہے۔

فرک کی آوازیں (friction sounds) - رگڑ (rub) یا فرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں مُلتہب اور کھدڑی تادوری سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ اپنی نوعیت میں عموماً کرجت اور رگڑ دار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور اسی واسطے مذکورہ بالا نفی خیرات سے آسانی تمیز کی جاسکتی ہیں۔ تادوری رگڑ (pericardial rub) ایک منفرد آواز، انکماش کے دوران میں ہو سکتی ہے، یا ایک دوسری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انساط کے دوران میں ہوتی ہے۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت تمیز ہوتی ہے۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زماں نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہو جاتی ہے اور اُس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے۔ بعض اوقات وہ مسماع الصدر کے دباؤ سے زیادہ بلند ہو جاتی ہے پلیورائی تادوری فرک کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

قلب کی قابلیتِ جہد کی تخمین

قلب کے تمام امتحانات میں سے اہم ترین، اُس کی محفوظ قوت کی تخمین ہے جس سے اُس کی اُس جمیبت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و محنت کے بعد ظاہر کرتا ہے۔ یہ اپنی سادہ ترین شکل میں اس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا محنت، جیسے کہ جلد جلد چلنے، لیول پر یا زینہ پر دوڑنے یا ڈمبلز (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ مشاہدہ کیا جائے کہ آیا اُسکی سانس غیر معمولی طور پر بھول گئی ہے، یا وہ اُس محنت کے بعد خستہ ہو گیا ہے، آیا وہ رو رہا جاتا ہے، یا اُس کا بشرہ تشویشناک ہو گیا ہے، یا اُسے ذبحی درد (anginal pain) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس تعلق میں مریض کی سرگزشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ رکپن سے وہ مدرسہ کے کھیلوں میں حصہ لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رشتہتی خُنا یا افسوسناک خُناق و بائی کا حملہ ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل نہیں رہا، یا یہ کہ

وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس پھول جاتی ہے یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہذا المقیاس۔

ورزش یا محنت کی طبیعت خیرات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔ یہ حقیقت فرج کے لئے رگروٹوں کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آتی۔ بہت سے ایسے آدمیوں میں بلند پیش قلبی خیرات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے رہے تھے، اور اُن کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبعی طبیعت ظاہر کی۔ اس کے برعکس اُورطی باز روی کی اصابتوں میں شدید ترین اصابتیں اکثر نرم ترین خیرات ظاہر کرتی ہیں۔ قلب کی جسامت کی تخمین سے اُس کی شکل سے، اور عضلہ قلب کی تیش پروردگی کی مقدار سے تعویض طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہو سکے گا۔ جس اور قریع سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں بھکاری طور پر (orthodiagraphically) یعنی چاہئیں۔

مرعوم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt) جنہوں نے ورزش کے پہلے اور اس کے بعد شرح نبض پر کثیر التعداد مشاہدات کئے، یقین رکھتے تھے کہ یہ مرض کی حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معینہ مقدار کے کام کی موقوفی کے عین بعد، پہلے دو غنٹوں کے دوران میں ضربات قلب کی تعداد شمار کی جاتی ہے اور اُس کا مقابلہ بحالت آرام دریافت کردہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے اور ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرح نبض بحالت آرام ۷۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۶۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲۳۹ ہوگی ورزش ایک ۱۳ اینج بلند بیڑھی (قدم) سے چڑھنے اور اترنے پر مشتمل ہوتی ہے۔ طبعی تربیت یافتہ افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ تک انجام دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۲۵۵ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش اس طرح منتخب کی جاتی ہے (مثلاً دس، پندرہ، یا بیس بیڑھیاں فی منٹ، تین غنٹوں کے لئے) کہ جس سے نبض کی نسبت ۲۵۵ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۲۰ تھی، تو پھر کارکردگی ۱/۲ شمار کی جاتی ہے، یعنی طبعی کی ۱/۲۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہو جاتی ہے۔

لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اس ذریعہ سے جسامت قلب کی ٹھیک تعیین کی جاسکتی ہے۔ یہ طریقہ لاشعاع کی اصابتوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قریع عموماً غیر معتبر ہوتا ہے۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیہ (anticathode) سے منعکس ہو کر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہذا وہ متوازی نہیں ہوتیں، اور اس واسطے پردے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقتہً ہے۔ اس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح ذروں نگاری طور پر ("orthodiagraphically") کرنی چاہئے۔ ڈائفرام کو نیچے روک دیا جاتا ہے، اور نلی کو ادھر ادھر حرکت دی جاتی ہے، جس سے قلب کی کوریں پردے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو نلی کے سامنے ۶ فیٹ پر رکھ کر شعاع نگارش (radiogram) لی جائے۔ اس فاصلہ پر شعاعوں کا انفراج اس قدر ہوگا کہ کوئی شدت غلطی پیدا نہیں ہو سکتی۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع مونسوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبتہً زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے۔

شکل ۱۲ میں (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع نگار تشریح ظاہر کرتی ہے، نیکیو اور طبعی محراب اوپر کورائیں طرف بروز کرنے والا ایک نمایاں ڈگلیا (knuckle) بناتی ہے۔ (۲) اسوقت جبکہ مریض وائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو، شعاعیں پشت سے سامنے آ رہی ہوں طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔

صفحہ ۱۱ (مطرائی ضیق) میں شکل مزید اور طبعی ڈگلیا جیسا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے۔ اس سے ذرا نیچے جو اتساع ہے وہ بائیں اذینی فصیمہ کے اتساع کی وجہ سے نہیں ہے، جو کہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ ریوی شریان کے قمع کی وجہ سے ہے جو کہ تسع ہوتا ہے اور اکثر ایک آبجاء پیدا کر دیتا ہے، لیکن بایاں بطین معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہذا اس نوکیلا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بایاں کسارا

معمول کی نسبت زیادہ انتصابی ہے۔ اذین تسع ہوتے ہیں اور امبریم نکلنے کے بعد ترجیحی وضع میں جیسا کہ (۲) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری منحنی ہو جاتی ہے۔ بائیں اذین بسا اوقات بہت ہی تسع ہوتا ہے (انورسمائی اتساع) اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بائیں اذین۔

صفحہ ۱۲ الف میں جو تعویض یافتہ (compensated) اور طی باز روی کی ایک اصابت ظاہر کرتا ہے، بائیں بطن گول اور پاس نیچے اور باہر کی طرف ہٹا ہوا ہے راس پر بکثرت نبضان ہے۔ اور طی تسع ہے اور گلیا (knuckle) بہت ہی نمایاں۔ خالص پیدائشی ریوی ضیق میں دائیں بطن بیش پروردہ اور دایاں اذین تسع، اور بائیں بطن باہر کی طرف ہٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صفحہ ۱۲، ب)۔ اکثر ریوی شریان کا مبداء تسع ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب فہل بھی نامکمل ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبعی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

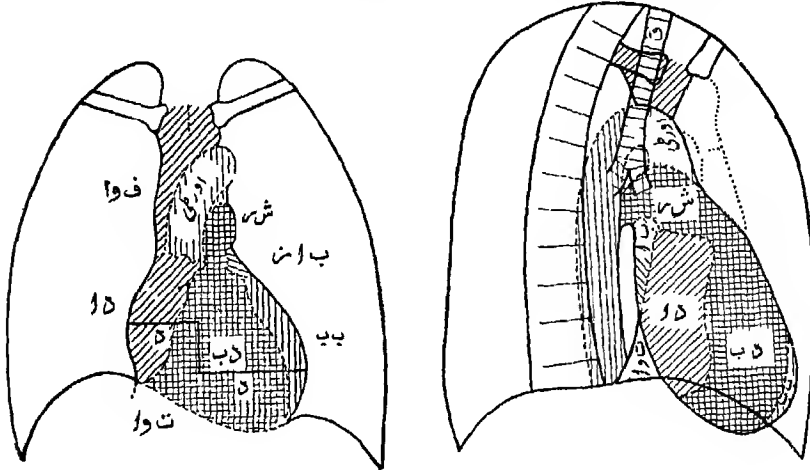
اس کی تعیین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صحیح دروں نگاری پیمائشیں مفید ہیں، جو ایک معمولی لاشماعی منصوب (X-ray installation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جوی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (۱) میں دو ٹکڑوں ۵ اور ۵ سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ نقطوں کے مقام کی تعیین دشوار ہونے کی وجہ سے طوی پیمائش عموماً اتنی تسلی بخش نہیں ہوتی۔ طبعی قدروں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر لائے پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر بڑا ہوتا ہے اور اس لحاظ سے فرض کرو کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن، جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472)، اوسط سے کم ہے، ایسی صورت میں موضوع کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعظم کی صحت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔



الف۔ اوٹلی باز روی۔ گول بطنی سایہ اور متسع اوٹلی ملاحظہ ہو۔
(شفاف کائناتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہے)



ب۔ خالص رپوی ضیق جس میں ڈیڑ طرف اتساع اور بیشیہ پرور دگی ہے۔



شکل ۱۲

(۱) قلب کی شعاعیاتی تشریح - مقدم
(۲) دائیں مقدم ترجمی (بجے - پاکسن) -

ٹریڈ گولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

قلب کی چوڑائی (د + د)			وزن (پونڈوں میں)
اعظم	اوسط	اعلیٰ	
۱۵	۱۳.۶	۱۲.۳	۲۰۰
۱۴.۶	۱۳.۴	۱۲	۱۹۰
۱۳.۶	۱۲.۹	۱۱.۶	۱۸۰
۱۳.۸	۱۲.۶	۱۱.۳	۱۶۰
۱۳.۵	۱۲.۲	۱۱	۱۶۰
۱۳.۱	۱۱.۹	۱۰.۶	۱۵۰
۱۲.۶	۱۱.۵	۱۰.۳	۱۴۰
۱۲.۳	۱۱.۱	۱۰.۱	۱۳۰
۱۲.۵	۱۰.۸	۹.۶	۱۲۰
۱۱.۶	۱۰.۳	۹.۴	۱۱۰
۱۱.۳	۱۰.۱	۹.۱	۱۰۰ (قیاس کردہ)

عروقِ دمویہ کا امتحان

نبضِ کعبری

(radial pulse)

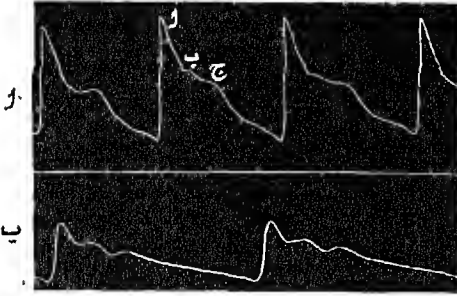
226

نبضِ قلب کے فعل اور دورانِ خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ نبضِ کعبری پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کعبری شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زندگی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سباتی شریان (carotid) میں غصروفِ رقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وجہی شریان (facial artery) میں اُس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جبرے کے گرد گھومتی ہے، اوپری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فخذی شریان (femoral artery) میں پوپا رٹ کے رباط کے نیچے، پچھلی قصبیتی شریان (posterior tibial) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حمارتی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کعبری شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑے سے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہونا ممکن ہے۔ نسبتاً شاذ مثالوں میں کعبری شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی تقویض رفتی عصب وسطی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کردیتی ہے۔

نبض میں امورِ ذیل نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں :-
شرح نبض اور توازن - شرح نبض یا نبض کا تواتر اور اس کی لے

یا نظم دونوں قلب کے فعل پر استقدر تکی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ اُن کے تغیرات پر اُسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعل قلب کی غیر طبعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں اسی قدر بیان کر دینا کافی ہے کہ طبعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستتر بار منظم طور پر ضرب لگاتا ہے، جس میں پچائش اور انشی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ نبض کجبری کی موج، صدم القلب (impulse of the heart) سے نسبتاً معتدبہ عرصہ کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے بطن کے انقباضات اور طلی کے مصراعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات بطن کے انقباضات کی نسبت، تعداد میں کم ہو جاتی ہیں۔



شکل ۱۳ الف۔ طبعی نرم نبض۔ دباؤ ۲۰ انس۔ ب۔ تھریس کی صلب نبض۔

نبضان (pulsation) کی مقدار اور رزق (pulsation) کی

(pulse pressure = اس کی

تعیین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر انگلی کا دباؤ بڑھاتے جائیں یہاں تک کہ اتم نبضان محسوس ہو۔ آخر الذکر ضغط النبض کا نمائندہ ہے۔

نبض سریع (pulsus celer)

میں یہ دباؤ بہ سرعت نمودار ہو جاتا

ہے (ملاحظہ ہو اور طلی بازو = aortic regurgitation)۔ نبض بطبی (pulsus

tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاورطی aortic

stenosis)۔ ضغط النبض شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ

جو ہر ضرب قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اس سرعت کے ساتھ

کہ جس سے قلب خون کو اور طلی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔

جب ضغط النبض قابل اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات تمتلئ (full) کہتے ہیں۔

(large) یا متشرف (bounding) کہتے ہیں۔ جب ضغط النبض کم درجہ کا ہو تو نبض متکھف (small) کہتے ہیں۔

ایک غیر منظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انبساطی (diastolic) عرصہ سے نبطین کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلب اطمینان بخش طریقہ سے نبض لگا رہا ہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اور طی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۶ اور ۲۷ صفحہ 237 پر)۔

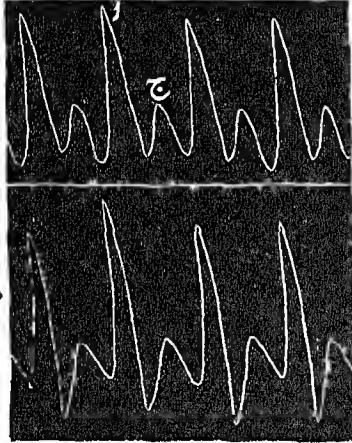
نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دوران شہیق میں نبض کی بہت تخفیف یا کلی غیر موجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ شاذ ہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہو سکتی ہے، جیسے کہ التهابِ سلی و تاءِ مور (mediastino-pericarditis) التهابِ تاءِ مور (pericarditis)، واسلی سلعہ، شدید کمزوری قلب، پلیورائی انصباب، یا ہوائی گذرگا ہوں کے تسدّر (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ 223 پر کیا گیا ہے۔

227

شریانی دیوار۔ اگر نبض کو انگلی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کر دیا جائے تو اسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر وہ شریانی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا استوار ہوگئی ہے تو باسانی محسوس ہوجاتی ہے۔ اور اگر اس میں انتہا درجہ کی تنگی ہوگئی ہے تو رگ کی لمبائی پر انگلی اور پراور نیچے پھرنے سے کھسی جاؤ کی ناہمواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

نبض کی صحیح شریانی ناپ (arterial pressure)۔ اگر شریان پر انگلی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہوجاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ شریان کو بائیں ہاتھ کی انگشت شہادت سے دبایا جائے، اور دوسرے ہاتھ کی انگشت شہادت نیچے رکھ دی جائے تاکہ اس سے معلوم ہوجائے کہ نبض کب رکتی ہے۔ اس ہاتھ کی دوسری انگلیاں شریان پر اور آگے بڑھ کر دبائی جائیں تاکہ شریانی تقمات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اور کونہ آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں خفیف سا دباؤ کافی ہولین (soft) یا ضغط پذیر (compressible) کہلاتی ہیں، اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صلب (hard) یا مضطرب ناپذیر (incompressible) - انگلی کے دباؤ سے نبض متوقف ہو جاتے کے بعد اگر انگلی کو آہستگی کے ساتھ اٹھایا جائے تو نبض صلب کی حالت میں خون انگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گزرتا ہو محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لیٹن کی حالت میں گزرتا ہے۔ صلابت نبض اور مضطرب نبض ایک دوسرے پر منحصر ہوئے اختلاف پذیر ہو سکتے ہیں۔ (اوسط انبساطی مضطرب (mean diastolic pressure) کا اندازہ اس مضطرب یا دباؤ کو نوٹ کر کے کیا جاسکتا ہے جو اعظم نبضان حاصل کرنے کے لئے انگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔



اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی انگلی سے ایک خاص حد تک شناخت ہو سکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق فیصلہ صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہو سکتے ہیں، جن میں سے نبض نگار (sphygmograph) اور مضطرب انبساطی (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

نبض نگار (sphygmograph) -

اس آلہ میں ایک ہلکی کمائی کعبی شریان کو دبا جاتا ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک پیروم کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اس میں ایک باریک نوک لگی ہوئی ہوتی ہے، جو بکبیر یافتہ

(magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کر دیتی ہے، جو ایک گھڑی کل (clockwork) کے ذریعہ افقاً حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کسی کا مضطرب (pressure) جو صحیح اندراج حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہترین آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ مضطرب کی مقدار کی تسجیل اونسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

شکل ۱۲۔ الف۔ ضربتی نبض تپ میں - تپ ۱۰۲/۶۰ - ب۔ میٹن ضربتی نبض تپ میں (تپ محرقہ) - تپ ۱۰۳ -

تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جو فی الفور محسوس کئے جاسکتے ہیں اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ نبض ثریانی کی ہر ضرب کی ترکیب میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۳) ایک تیز و صاعد (upstroke) ہوتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ اور ایک تیز و نازل (downstroke) ہوتا ہے، جو توجہا ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جبکہ درمیان نشیب حاصل ہوتے ہیں۔

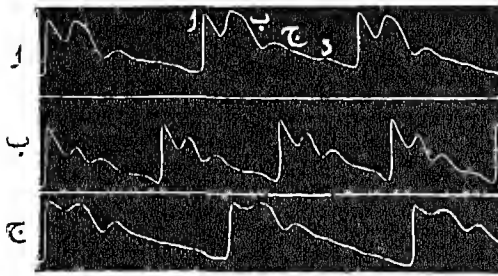
جزو صاعد (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو باطنین کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطنین اُپر والی کے اندر خون کو دھکیلتا ہے۔ دباؤ کی یہ موج بہ سرعت میٹلی ثرایین میں منتقل ہو جاتی ہے۔ اس جزو صاعد (upstroke) کے راس کو موج القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اس کی بلندی بطنین انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فجاہیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انتصابی تھمر سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اُس وقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ ثریانی دیوار طائع (yielding) ہو، اور اُس وقت کم ہوتی ہے جبکہ ثریانی دیوار تنید (tense) اور مدافع (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف 'ب' ج سے مقابلہ کرو۔

228

جزو نازل (downstroke) کے تھمر پر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ مستقل ضربی موج (dirotic wave) ہے (شکل ۱۳ الف ج - شکل ۱۴ الف ج - شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے۔ جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ میں، تو اس موج کو اُننگلی محسوس کر سکتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد "دو ضربتین" ہے۔

لے۔ یہ ارتسامات ماری کے نبض نگار سے لئے گئے تھے۔ ایک لمبا اور سریع جزو صاعد پیچھے کی طرف اسوجہ سے خمیدہ ہے کہ کوئی ایک لمبے بیرم کے سرے پر لگی ہوئی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کاغذ کی حرکت کے خط سے عرضی رخ میں ہے۔

("dicrotic") نبض ہے۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو سدود اور طی مصرعوں سے اور اور طی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے۔ اس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام ضرب بتیلنی کٹاؤ (dicrotic notch) ہے، جو بتیلنی انکماش (ventricular systole) سے متناظر ہوتا ہے، اور اور طی مصرعوں کی سدودی کا نمائندہ ہے۔ اس طرح، موج القرع (percussion wave) کے آغاز اور ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، انکماش شعی سرحدی (systolic period) کہلاتا ہے۔ جب ضربتینی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۲ الف) تو نبض کا مل ضرب بتیلنی (fully dicrotic) کہلاتی ہے بعض اوقات



وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر نبض بیش ضرب بتیلنی (hyperdicrotic) کہلاتی ہے (شکل ۱۲ ب)۔ اس صورت میں دوسری ضرب کی موج القرع ضربتینی موج کے تمام تر گزر جانے سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ فی الحقیقت یہ اتھو ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے باعث ہو۔ ضرب بتیلنیت

شکل ۱۲ الف - حاد مرض برائٹ - دباؤ ۱۲۰/۸۰ - ب - حاد مرض برائٹ ۵ ہفتے کی مدت - دباؤ ۱۲۰/۸۰ - ج - مزمن مرض برائٹ - دباؤ ۱۲۰/۸۰

(dicrotism) نبض لپٹن (soft pulse) یعنی کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں ہوتی ہے، جبکہ شریانی دیوار ملائم ہوتی ہے۔ وہ عرق مرکب (vaso-motor paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل الملت حمو صابتوں میں دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۲) اور آئیل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے فی الفور پیدا کی جاسکتی ہے۔ وہ ان حالتوں سے کم یا زائل ہو جاتی ہے جو نبض صلب (hard pulse) یعنی بلند تناؤ والی نبض پیدا کر دیں، جیسے کہ مرض برائٹ۔ نیز وہ اور طی باز روی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

موج کا انعکاس نامکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائل ہو جاتی ہے۔
 موج القریع اور ضربتینی موج کے درمیان، یعنی اُورٹلی کٹاؤ سے پہلے،
 اور اس واسطے ٹیبلین کے عرصہ انکماش سے متناظرًا، اکثر ایک موج ہوتی ہے جو
 خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے منسوب کی جاتی ہے، جو موج القریع
 کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزری موج (tidal wave) یا موج قبل الضربتین
 (predicrotic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۳ الف ب شکل ۱۴ الف ب) وہ صلب
 نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵) یعنی بلند ضربانی تناؤ کی حالتوں میں،
 جبکہ یہ گمان ہو سکتا ہے کہ خون کے متوجات غیر معمولی طور پر عذگی کے ساتھ منتقل ہونگے۔
 بعض اوقات جزری موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے،
 جسے ضربتینی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربتینی موج کی وجہ سے ہوتا ہے)
 امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربتینی نبض (pulsus bisferiens) کہتے
 ہیں۔ اس کے برعکس نہایت تین نبضوں میں جزری موج، موج القریع میں غائب
 ہو جاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزری موج، موج القریع کی نسبت
 زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شہوقی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اُس میں موج القریع
 صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنادیتی ہے، جو قاعدے
 اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القریع کے بعد ایک یا دو خفیف سے متوجات دیکھے جاتے
 ہیں (شکل ۱۵ الف ۵)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع
 ہوتے ہیں۔

ضغط النبض پیمیا (sphygmomanometer)۔ بالائی بازو کے گرد
 ربر کی ایک چوڑی چھٹی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی
 ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحافی ربر کی ٹلی کی راہ سے ایک ربر کے گولے اور
 مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جاسکتی ہے۔ اس تھیلی سے نکلنے والی ایک دوسری ٹلی
 ایک ضغط پیمیا (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور ربر کی تھیلی کے اندر کا
 ضغط سیما بی ٹی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے

یہاں تک کہ اُس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لیے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بتدریج باہر نکلنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گھٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اس وقت ٹھہرا ہوا ہے، انکماشى ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعہ جس (palpation) ہوئی ہے۔

۲۲۹ اوسط انبساطى ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ مسماع الصدر یا مسماع السوت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضدی شریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل مٹھوس کر دیا جائے اور پھر اس دباؤ کو بتدریج گھٹایا جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی ٹپک (faint throb) ہے، جو ابتداءً ایسے دباؤ (استماع کے ذریعہ دریافت کردہ انکماشى ضغط) پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جس سے دریافت کردہ اعظم انکماشى ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مخمضہ سی خریں میں تبدیل ہو جاتی ہے، جو دوسری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ خریں متغیر ہو کر ایک بلند ٹپک (loud throb) بن جاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ یکا یک بدل کر ایک نرم ٹپک (soft throb) بن جاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط انبساطى ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ تناظر ہوتا ہے۔

کل گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلہ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انکماشى ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا، لیکن اس کے ادھر اور ادھر ایک وسیع جولانی (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۴۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطى ضغط کی پیمائش نے استماعی طریقہ سے ۱۸۰ ملی میٹر کی اوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقررات (readings) ۷۰ اور ۹۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دموہی ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کامل صحت موجود نہ ہو، اور مضبوطیات قلیل الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67)۔ یہاں یہ کہہ دینا بھی قرین انصاف ہے کہ
ضغط النبض ہیما کے متعلق اعراضات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر
کرتا ہے (8)۔

استماع شریان

اگر سباتی اور زیر تر قوی شریان کا استماع الصدر سے بلا ضبط کیا
جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سنائی دیتی ہیں، یعنی ایک انکماش (systolic)
sound جو عروق کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری
انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شدہ (conducted) اور طبعی آواز
ہوتی ہے۔ بعض اوقات ان میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی۔ شکلی اور طبعی آواز
شریان پر بھی ایک انکماش آواز متذکرہ بالا آواز جیسی سنائی دیتی ہے۔ دوسرے
شریان میں بالعموم جب تک کہ سماع الصدر سے دباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سنائی نہیں دیتا۔
جب جسم کے کسی حصے یا جوارح میں کسی شریان کا نامی (saccular)
(dilatation) یا انورسما واقع ہو جاتا ہے تو اکثر اوقات ایک انکماش خسیر
(systolic murmur) سنائی دیتی ہے، اور اس کو منجھدار اور بھنوروں (fluid
vein and eddies) سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہنہ شریان سے ٹھکر ایک
عریش تر فضا، یعنی تاجہ انورسما میں، جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ انورسما اکثر
اورطی کے قاعدہ اور دیوار کے تعلق میں بن جاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت
(close proximity) میں ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی (præcordial)
area میں خیرات پیدا کر دیں، جو ان خیرات سے، جو قلب کے دہنوں میں پیدا
ہو جاتے ہیں، بمشکل شناخت ہو سکتے ہیں۔

نبض وریدی

(venous pulse)

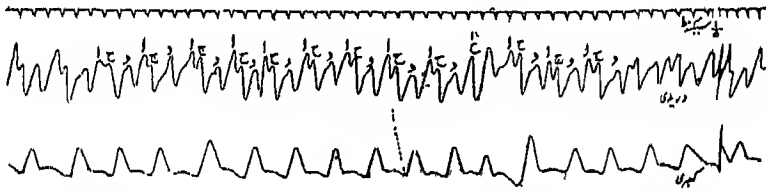
جسم کی بڑی وریدوں میں کسی قدر نبضان ہونا ایک طبعی (normal)

منظر ہے، اور بعض بالکل تندرست دوران خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی دونوں وداجی وریدوں میں ایک تموجی (undulating) یا نابض (pulsatile) حرکت دیکھی جاسکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ مفقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ سادہ معائنہ سے نبض کُعبی (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ ان حرکات کا ایک تعلق شناخت کر لینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی وداجی ورید ترقوی ہڈی سے عین اوپر دیکھی جاسکتی ہے اور اُس کے حرکات ثربیانی حرکات سے اس خصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ اُن کا پھیلاؤ (expansion) کم درجہ کا ہوتا ہے اور اُن کا ہبوط (collapse) نسبتاً زیادہ ناگہانی اور کُعبی ثریبان کے ارتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متناظر ہوتا ہے۔

اندرونی وداجی ورید گردن کے اطراف پر جب اس کے زاویہ اور قصی حلی عضلہ کے درمیان ایک بڑی تموجی حرکت پیدا کر دیتی ہے، جس کا ارتفاع نسبت اور اتار نسبتاً زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اس حرکت کو سبانی ثریبان کے نبضان سے خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔

وداجی نبض پر ایک طنبور لگا کر اُس کے ذریعہ سے تریبات لیکر اور زیادہ صحیح معلومات حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سوئی میں قفل ہو جاتے ہیں، جو یا تو ایک طبل پر، یا ضبط النبض پیمائے کوہنیلے کاغذ (smoked paper) پر ترسیم کرتی ہے اور یہ ترسیم ایک کُعبی ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی ہے، جیسے کہ میکسز کے کشاں نگار (polygraph) میں۔ وداجی نبض کے حامل کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس آلہ کے اُتھلے پیالہ کو وداجی بھلہ (jugular bulb) کے اوپر رکھ دیا جائے، یعنی ترقوی ہڈی کے قصی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اُسی جانب کے قصی حلی عضلہ کے ریشے مرنی (relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اُس میں تین موصل مثبت امواج (amواج) ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان بلاشبہ، نشیب (منفی امواج) بھی شامل ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ۱۷) کُعبی ترسیم (radial tracing) کے انکماش زماں سے عین پہلے واقع ہوتی ہے اور اُس کا دائیں اُذین کے انقباض کی وجہ سے ہونا سب کے نزدیک مسئلہ ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ دوسری

مثبت موج (ج) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بطن کے انقباض کے دوران میں اُذینی بطنی مصلع (auricular-ventricular valve) (تُشَلَّتہ = tricuspid) دائیں اُذین کے اندر بروز کر آتا ہے۔ اس کے برعکس بہت سی انسانی ترسیلات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سباتی شریان کے نبض کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بطنی انقباض کا نمائندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور ا اور ج کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بطن تک ہوتا ہے۔ طبعی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ۱ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (shock) کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ریوی مصراعات کے مسدود ہونے کے بعد پھر یکایک تھن جانے (sudden stretching) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور جو بطن، اُذین، اور ویدوں کی راہ



شکل ۱۶۔ ایک کثیرنگاری منحنی (polygraphic curve) جو فعلیاتی وریڈیا نبض کی تین موجیں اور والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے، جو گردن کی وریڈوں سے لی گئی ہے۔ نیچے والی ترسیم کُبری شریان سے لی ہوئی ہے۔ بطن کے ہر انقباض کے ساتھ دو موجیں 'ج اور و' ہیں۔ ہر وریڈ ج سے پہلے اور لحاظ وقت ایک پیش انکماش (pre-systolic) 'موج' ا، نظر آتی ہے، جو اُذینی انکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریڈیا نبض کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج ا غیر موجود ہوتی اور صرف ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۳ صفحہ ۲۴۳)۔ موج ا کی غیر موجودگی سے یہ نتیجہ نکلا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر منقبض نہیں ہو رہا ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج محض بطن سے نکلتے ہیں۔ اسی بنا پر ایک طبعی وراجی ترسیم کہ جس میں تینوں امواج ہوتی ہیں

وریدی نبض کی ایک اذینتی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیا جاتا ہے اور آخر میں جو ترسیم بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطینتی شکل (ventricular form) یعنی اذینتی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔ بعض اوقات عیصلی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص پشت دست اور پشت پاکی وریدوں میں ایک مختلف قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے، جو شرابی موج کے عروق شریہ میں سے ہو کر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ عوقی دیواروں کے انتہائی ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا سہجائے کے ساتھ ہو۔ مثلاً، محوی اصابتوں میں، موسم گرما کی گرمی میں، یا پیٹ بھر کھانے (full meal) کے بعد۔

استماع اوردہ

اگر مسماع الصدر کو نہایت عظیم الدم (anæmic) اشخاص میں، اور تندرست بچوں میں، وداہی ورید کے حصہ زیریں پر، اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قسمی علمی عضلہ کی قسمی چسپیدگیاں (sternal attachments) اُس کی ترقوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جدا ہوتی ہیں، تو ایک سلسل بھنبھناہٹ دار (humming) یا ریلینے کی آواز (rushing noise) سنائی دیگی، جسے وریدی غنا (venous hum) یا حروخذارونی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابل "diable" ایک فرانسیسی کھلونے کا نام ہے، جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ خیر (murmur) اتصالی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے، اُس وقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جا رہا ہے، دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

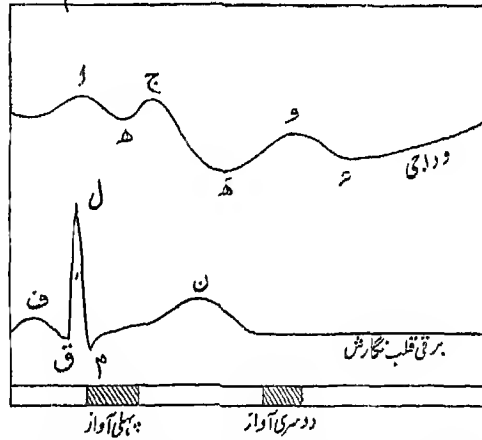
فعل قلب کی غیر طبیعتیں

(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

ضرب قلب کے طبیعی میکانیہ پر پہلے غور ہو چکا ہے۔ یہ دریافت کرنے کے لئے کہ

اس میکانیہ میں کوئی غیر طبعی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے مستعمل ہیں۔ ان کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ اُذینی اور بُطینی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

پہلے طریقہ میں ایک کثیرنگار (polygraph) کے ذریعہ سے دواجی نبض اور ایک شریانی نبض، جیسے کہ کُعبی، دونوں بیک وقت لی جاتی ہیں اور پھر ان کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیمات اُذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور بُطینی انقباضات کے ساتھ ان کا تعلق، اور ان دونوں اقسام کے درمیان مائل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت $\frac{1}{4}$ سیکنڈ سے زائد ہو تو جزئی قلبی مسدودی (partial heart-block) موجود ہے۔



دوسرا طریقہ بذریعہ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ ایک حساس مقناطیسی برقی پیمائش (galvanometer) ہوتا ہے جو ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی روؤں کا اندراج

شکل ۷۱۔ دواجی وید اور برقی قلب نگاری ترسیم کا خاکہ، اور ایک ضرب قلب سے متناظر اصوات قلب۔

کرتا ہے۔ اس آلہ میں گار (quartz) کا ایک باریک چاندی چڑھا ہوا ریشہ ایک طاقتور برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلق ہوتا ہے۔ اس ریشہ کا ہر بار امیض کے جوارح سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقویتک (leads) کہتے ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا محوری تقوید میں داہنا ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کیئے جاتے ہیں۔ تیسری یا چپ جانہی (left lateral) تقوید میں بائیں ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کیئے جاتے ہیں۔ قلب سے پیدا ہونے والی برقی روئیں ان تقویدوں کے ذریعہ مقناطیسی برقی پیمائش چلی جاتی ہیں۔

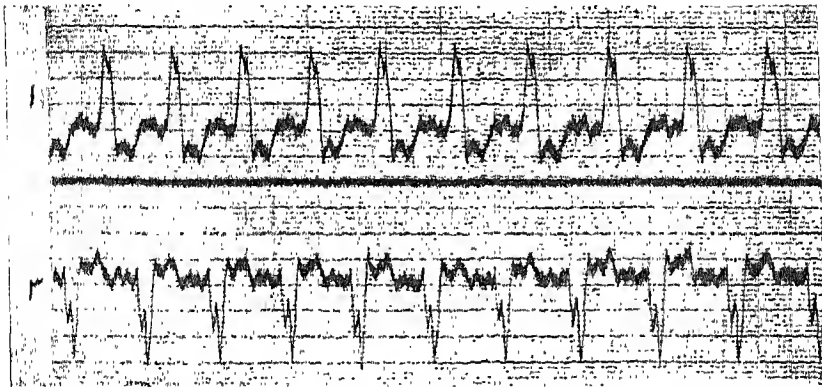
گار کا ریشہ حرکت کرتا ہے اور اُس کی جولت (excursion) ایک دوہرے ذریعہ سے تکبیر حاصل کر کے ایک ضیا نگار صحنہ یا ایک کاغذ پر تسلیل (projection) ہوتی ہے۔ نتیجہ ایک برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے۔ ایک ضرب قلب سے متناظر ترمیم کا خاکہ شکل ۱ میں دکھلایا گیا ہے۔ وراجمی ترسیم بھی دکھلائی گئی ہے، اور اصوات قلب کی تقریبی جائے وقوع بھی۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو اذینی انقباض سے متناظر اور اُس سے کچھ پہلے واقع ہوتی ہے اور اُسے عموماً حرف P سے ظاہر کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک نشیب Q، ایک نوکدار ارتفاع R، ایک ناگہانی نشیب S، اور ایک تدریجی ارتفاع T ہوتا ہے۔ ق ل م ن (QRST) کی پیچیدہ شکل بطنی انقباض سے متناظر ہوتی ہے اور اُس کے عین سامنے شروع ہوتی ہے۔ جیسا کہ وراجمی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے، ایک برقی قلب نگارش اُن تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو اذینی انقباضات بطنی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں، نیز اُس عرصہ وقت کو جو ان کے درمیان حاکی ہوتا ہے یعنی P-R فاصلہ لیکن علاوہ ازیں اس بطنی علامتیہ (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباط بھی کئے جاسکتے ہیں۔ اس میں اُس وقت ترمیم پائی جاتی ہے جبکہ اذینی بطنی بندل کی بعض شاخیں مسدود (blocked) ہو جائیں (branch-bundle block) (ملاحظہ ہو شکل ۱۸) یا جب ایک بطنی انقباض اذینی بطنی گز (auriculo-ventricular node) سے حسب طریقہ معمولی بندل سے نیچے آنے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے۔ (نیز ملاحظہ ہو قلب کی بیش پروتری: hypertrophy of the heart)۔ پھر تقوید ۱ اور ۲ میں ن (T) موج کا متواتر تنکاس (inversion) جس سے موج کے بجائے ایک نشیب پیدا ہو جائے تو قیاس میں گہرائی نشیب کے بحال کیا میں ظاہر ہوا ہو، اور طبعی مرض ڈیجٹالسائز (digitalisation) کی غیر موجودگی میں عرصہ قلب کا مرض (myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (۴)۔ تدرقی طور پر دونوں طریقوں میں ایک صحیح وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے، تاکہ مختلف حصوں کے صحیح زمانی تعلقات ظاہر ہو جائیں۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اس میں آلات قابل نقل و حمل اور سادہ ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگر ناممکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گونجاؤ تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقہ سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگاری طریقہ میں یہ قیامت ہوتی ہے کہ اس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشفی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بسترہ لیٹا رہ سکتا ہے۔

232

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ وقت طلب طریقہ اب قلب کی معمولی بقیاعدگیوں



شکل ۱۸۔ بائیں ہینڈل کی شاخوں کی مسدودی۔ قلم (QRS) وقفہ چوڑا ہے، اور ل اور م کٹاؤ دار ہیں۔ اس قسم کی ترمیم بیا اوقات اور طبی مرض یا مرض عضلہ قلب کے ہمراہ ملتی ہے۔ (برقی قلب نگار شلیں جے۔ ایم۔ ایچ کی مبل کی لی ہوئی ہیں)۔

کی تشخیص کے لئے ناگزیر ہیں۔ ان کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں ان حالتوں کو محض استماع اور بکس سے اور نبض نگار ش (sphygmogram) کی مدد سے تشخیص کر لینا ممکن ہوتا ہے۔

جونی بیقاعدگی

(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے۔ دورانِ شہیق میں ضرباتِ قلب زیادہ کثیرا لوجھ ہو جاتے ہیں، اور دورانِ زفیر میں اور زفیر کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہو جاتی ہے۔ بونتی قلب نگاری امتحان نے ظاہر کر دیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبیعی (normal) ہوتے ہیں، اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر، اُس شرح میں تغیر ہو جانے سے ہوتا ہے جس سے جونی اُذینی گره (sino-auricular node) اپنے مددات (impulses) باہر بھیجتے ہیں، اور یہ آخر الذکر شرح عصبِ تائیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے۔ عصبِ تائیہ (vagus) کی تنش (tone) دورانِ شہیق میں کم ہو جاتی ہے۔ اس نفسی بیقاعدگی کو میکینزی (Mackenzie) نے ”نوعمری کی بیقاعدگی“ (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور یہ ایک بالکل طبیعی چیز ہے۔ بعض اوقات یہی منظر بالغوں میں پر سکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں مشاہدے میں آتا ہے۔ جب تنفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے۔ بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اس طرح بھی ہوتا ہے کہ اُسکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو، جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے، تو جونی عدم توازن (sinus arrhythmia) موقوف ہو جاتا ہے۔ اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بے قاعدگیوں کے ساتھ غلط ملط ہو سکتا ہے۔ جب وہ شناخت میں آجائے تو اُسے ایک طبیعی شے سمجھنا چاہئے اور کسی علاجی تدبیر کے آزدان کی ضرورت نہیں۔

قلبی سدودی اور ایڈمز سٹوکس کا علامہ

(heart block and Adams-Stokes syndrome)

قلبی سدودی (heart block) کی وجہ اُذینی بطینی گره (auriculo-ventricular node) یا اُس کی شاخوں میں سے کسی شاخ کی قوتہائے ایصال میں کمی آجانا ہے۔ وہ حاد امراضِ ساریہ، بالخصوص روماتزم میں نیز

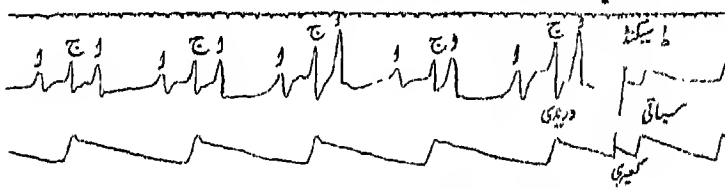
ڈیجیٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ ان مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے۔ قلبی سدودی کی ایک مستقل حالت ان قلبیات میں واقع ہو جاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے متقل طور پر نقصان رسیدہ ہو چکے ہوں، اور ان بوڑھے لوگوں میں جن میں عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو۔ وہ اورطی مصراع کے ساتھ متلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے وہ فطقی ہو۔

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف۔ ل (P-R) فاصلہ کا خفیف طور پر بڑھ جانا ہے (طبعی حالت میں ۱۲۔۱۸۔ سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے)۔ ل۔ ج فاصلہ ۲۔۰ سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے۔ یہ صرف کبھی اتفاقاً ہی سے سریریاتی امتحان سے شناخت میں آتا ہے۔ لیکن بعض حالات کے تحت اس کی شناخت ہو سکتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت سماع الصدر سے اُذنی انقباض نہیں سنا جاسکتا، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بلینی انقباض کے اس قدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخر الذکر کا شور اُسے ڈبا کر بالکل غیر محسوس بنا دیتا ہے۔ لیکن جب ان دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتاً زیادہ ہو جاتا ہے تو اُذین کی آواز جدا لگتی سنی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سنتے وقت ممکن ہے کہ ایک دوہری پہلی آواز سنائی دے، یا جب اُذنی اور خطینی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ (یعنی جب اُذین انبساط کے آغاز میں، دوسری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو) تو ایک دوہری دوسری آواز بھی اسی مقام پر سنائی دے سکتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں سرکس (canter-rhythm) کی قسمیں ہیں۔ پھر، نوعمر بچوں میں کبھی کبھی پیش آنکھا (presystolic) یا ابتدائی انبساطی غیر راست (early diastolic murmurs) قلبی سدودی کو ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ مطرانی شقیق (mitral stenosis) کو۔ غالباً قلبی سدودی سریری طور پر اُس سے کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

قلبی سدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں ف۔ ل (P-R) فاصلہ اور بھی زیادہ طویل ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی صدرہ قلبین تک گزرنے میں ناکام رہتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بلینی ضربات بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱)۔ یہ قلب کا استماع کرنے پر شناخت کیا جاسکتا ہے، جبکہ ایک طبعی لے کے درمیان ایک پوری ضرب قلب بالکل غائب پائی جائے گی۔ نبض بھی قدرتی طور پر متوقف نوعیت

(intermittent character) ظاہر کرے گی۔ اس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ہمیں وہ حالت مل سکتی ہے جسے ۱-۲ یا ۳-۱ قلبی مسدودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی صرف ہر دوسری یا تیسری ضرب ہی ایک بطنی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کامیاب ہوتی ہے۔

اب تک ہم نے صرف اُسی قلبی مسدودی پر غور کیا ہے جس میں اُذینی اور بطنی انقباضات کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذینی انقباضات متناظر بطنی انقباضات کی تحریک نہیں پیدا کرتے۔ یہ سب جزوی قلبی مسدودی کی حالتیں ہیں۔ کامل قلبی مسدودی میں اُذینی انقباضات میں کوئی انقباض بھی بطن تک بالکل نہیں پہنچ سکتا۔ خوش قسمتی سے ان حالات کے تحت بطن اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اُس کا اپنا حقیقی



شکل ۱۹- ایک ۱-۲ قلبی مسدودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر بھکاری منحنی۔
بالائی ترسیم گردن کی وریدوں سے ہے، اور زریں ترسیم ریڈیٹل یعنی
کبری شریان سے۔ ہر کبری ضرب کے ساتھ ایک انکماش اُرتفاع ج ہے۔
منحنی میں باقاعدہ فاصلوں پر، و نشان والی دوسری اور چوتھی بھی موجود
ہیں جو اُذینی انکماش کی وجہ سے واقع ہو گئی ہیں۔ اُذین بطن کی نسبت
دو گونہ شرح سے منتقبض ہوتا ہے۔ (بہ اتباع لیوس: Lewis صاحب ۱)۔

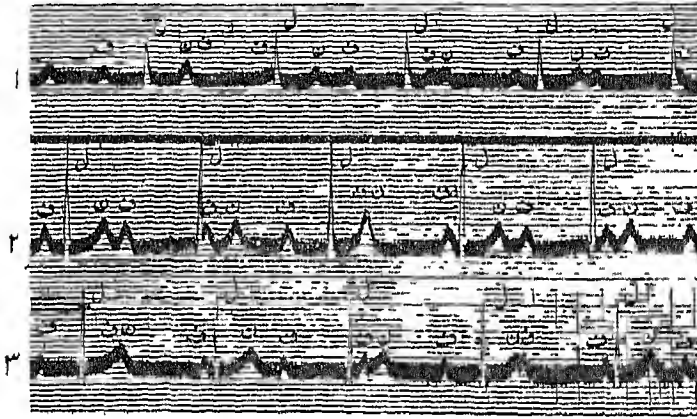
توازن نہایت مست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے نیچے ہوتا ہے۔ بقی قلب بھکاری اُذنی
انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور بطنی انقباضات کا ایک دوسرا باقاعدہ سلسلہ
ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بالکل مفتق ہوتے ہیں۔ لہذا ایسی
حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی منتظم نبض، کامل قلبی مسدودی پر دلالت کرتی
ہے، اگرچہ یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ فی منٹ پینتیس تا چالیس کی شرح نبض والی حالتیں

ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں توازن طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری امارت بھی ہے، جسے ابتداءً گیلالین (Galabin) نے مشنڈ میں بیان کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اُذینی اور طبعی توازنات (rhythms) کا کمال افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اُس کے مریض میں شرح نبض فی منٹ میں اور تیز کے درمیان تھی اور اُس نے بذریعہ استماع اُذینی انقباضات فی الحقیقت سُنے۔ وہ کہتا ہے کہ ”یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اُذین، طبعین کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو طبعی نبضات (auricular pulsations) کے درمیان وقفے میں کبھی دوبار، اور کبھی ایک طویل وقفے (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوا۔ ایک اور امارت ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اُذینی ضرب سنی جاسکتی ہے، اور اس پر کہ وہ دوریہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز ملے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑھی ہوئی ہو، یعنی اُس وقت جبکہ اُذین اور طبعین بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہر زمانہ طور پر نظر آئے۔ یہ اس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اُذینی انقباضات خون کو آگے دھکیل کر طبعین کے اندر نہیں پہنچا سکتے اس وقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اسی واسطے اُذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

آئیڈمسٹوکس کا علامہ (Adams-Stokes syndrome) - ۱۸۷۴ء میں

آر۔ ایڈمس (R. Adams) اور ۱۸۷۴ء میں ڈبلیو۔ اسٹوکس (W. Stokes) نے مشاہدہ کیا کہ غیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope)، بے ہوشی، یا تشنات کے حلوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ اسٹوکس نے قویاً شک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں نبض کی بجائے (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگا رہی ہیں۔ اور ان ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا شیمی انحطاط موجود تھا، جس میں ۱۔ ب۔ ۸۷ (۸۷) منڈل جو اس وقت نامعلوم تھا، موقوف ہوا ہو گا۔ اسپنس (Spens) نے ایسا ہی ایک مریض ۱۸۹۲ء میں دیکھا (Lea)۔

یہ حالت دماغی عدم دمویت (cerebral anaemia) کے باعث ہوتی ہے جو قلبی مسدودی کے سبب سے دوران خون کا ناگہانی فُشل (sudden failure) ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامتیں (syndrome) نادر الوقوع ہے۔ یہ اُن بوڑھے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودی قلب میں مبتلا ہوتے ہیں۔ بُطین دفعۃً نہایت سست رفتاری سے ضرب لگانے لگتا ہے، یا کچھ عرصہ کے لئے بالکل رُک جاتا ہے۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دوران خون کا کافی رہتا ہے۔ ایک بوڑھے شخص کا مشاہدہ



شکل ۲۰۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش۔ اُذین اور بطین کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب بطین اُذین کی مجبیت نہیں ظاہر کرتا بطینی انکماش ل (R) اور ن (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے۔ اُذینی انکماشات ف (P) حرکات پیدا کر دیتے ہیں، جو ترسیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور بطینی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً دو گنے بار ہوتے ہیں۔

(بہر اقتباس: رسیل ویلس: Russel Wells)

کیا گیا، جس میں ہر وومنٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہو جاتی تھی۔ چنانچہ اس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کر ہیجا موقع تھا (۵)۔

قلب کے بند ہوجانے پر فی الفور شوخ (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کبودی طاری ہوگئی۔ دو یا تین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کر دیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ پیچھے چلا کر گر گیا۔ پانچ سے سات سیکنڈ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج زیادہ گہری اور زیادہ تشنجی (convulsive) ہوگئی اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ میں وہ چوالیس فی سنٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس ہانپنے (panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کبود اور شاحب پڑ گیا تھا۔ قریب اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes) موقوف ہو گئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دو یا تین ضربات کے بعد چہرہ شوخ سرخ رنگ سے تنہا اٹھا۔ پسینہ اور دمی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور لٹحات (conjunctivæ) متلی (congested) ہو گئے۔ پھر اُس کی شکل و ہیئت بہ سرعت از سر نو طبعی حالت پر آگئی۔

انندار۔ قلبی مسدودی کی اہمیت مختلف مالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ خلقی قلبی مسدودی جو کہ ابتدائے عمر میں البطافض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ با اوقات خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوکس کے حملے واقع کرتی ہے، بالعموم بچپن میں ہی موت واقع کر دیتی ہے۔ سب سے معمر مریض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے، تینتیس سال کا ہے۔ اُن عارضی مالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، اس کے یہ معنی ہوتے ہیں کہ عضلہ قلب واضح طور پر ماؤف ہو گیا ہے، گونا گونا بے ثغایابی واقع ہو جائیگی۔ اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں مستقل اصابتوں میں قلبی مسدودی عموماً بذات خود ہلک نہیں ہوگی، مگر وہ اس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلہ قلب کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اُن بینی ٹیپینی بنڈل میں کوئی ضرر موجود ہے تو ممکن ہے کہ عضلہ کے سارے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ضربات موجود ہوں، لہذا عضلہ قلب کے انحطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہئے، اور ممکن ہے کہ یہ فیض قلب (heart-failure) کا سبب ہو۔ جب دورے ہوں تو انداز زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ دورے بجائے خود ہلک ہو جائیں۔

علاج۔ قلبی مسدودی کی اصابتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لئے ہونا

چاہئے۔ اس خوف سے کہ مبادا ڈیجٹالس قلبی مسدودی کا درجہ اور بڑھا دیگا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ آذینا وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے۔ بعض اشخاص، جنہیں قلبی مسدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کر سکتے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہئے۔

دوروں کی حالت میں آڈرینالین (adrenalin) (۰.۵ یا ۱.۵ قطرہوں کی مقداروں میں) کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بطبعی شرح کو بڑھاتا اور قوت ایصال (conduction) کو زیادہ کر دیتا ہے (6)۔ آتروپین (atropine) ۱/۱۰۰ گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آتشکی امیباتوں (syphilitic cases) میں پارہ اور آئیوڈائڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے مکمل مسدودی قلب قائم ہو کر ایڈم سٹوکس حملے موقوف ہو گئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) ۱/۴۔ اگرین دن میں تین مرتبہ اور اس کے ساتھ ایفنی ڈیرین (ephidrine) اگرین دن میں تین مرتبہ، حملہ بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا۔

جوفی اذینی مسدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادر الوقوع حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک مادنوعی بخار کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہے، درد دماغی حالتوں میں مضللہ قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ نبض سست اور غیر منتظم ہوتی ہے، کیونکہ اذین جوفی اذینی گروہ کی تحریک کی بالکل مجبیت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضرب قلب بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا متواتر کئی بار ہو جائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔

یہ حالت کثیر نگاری یا برقی قلب نگاری ترسیلات کے ذریعہ قلبی مسدودی سے متفرق کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس میں اذین اور بطن دونوں کا توازن کم ہو جاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دوران ورزش میں دور ہو گئی، لیکن جب نبض سست ہوئی تو پھر دوبارہ ہوئی (7)۔

پیش از وقت ضربات مستزاد انکماش

(premature beats; extra systoles)

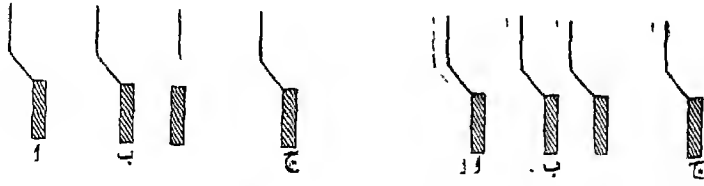
قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں

میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ غالباً ایسے بہت سے اشخاص میں جو ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کی عمر تک پہنچتے ہیں، کسی نہ کسی وقت مستزاد انکماشات ہوتے ہیں۔ معمولی مزاجیت کے دوران میں یہ اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام پائے جاتے ہیں جو مرض قلب کے آثار ظاہر کرتے ہوں لیکن اکثر دوسرے اشخاص میں بھی نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً اُس وقت موقوف ہو جاتے ہیں جبکہ قلب تیز ہو جائے، جیسا کہ ورزش میں ہوتا ہے، اور قلب کے پھرست پڑ جانے پر اکثر پھر پیدا ہو جاتے ہیں۔

پیش از وقت ضربات کی تکوین قلب کے بعض حصوں کی بیش سخریک پذیری (over-excitability) کے باعث ہوتی ہے، جو ٹھیک وقت سے پہلے ہی مستزاد ضربات قلب شروع کر دیتے ہیں۔ اس پیش از وقت ضرب کے وقوع کے بعد ایک تعویضی وقفہ (compensatory pause) ہوتا ہے، یہاں تک کہ قلب اپنا طبعی توازن پھر اختیار کر لیتا ہے۔ مریض غناظر احساسات محسوس کرتا ہے۔ یہ پیش از وقت ضرب خود سینہ میں کبھی محسوس ہوتی ہے اور کبھی نہیں ہوتی۔ طویل وقفہ محسوس کیا جاتا ہے اور اکثر ایک بے چینی کا احساس پیدا کر دیتا ہے۔ یہ سینے میں ایک ناگہانی دھچکے (bump) یا دھچکے (shock) کے ساتھ تم ہوتا ہے اور قلب اپنا معمولی توازن پھر از سر نو حاصل کر لیتا ہے۔ یہ احساسات اُن ہی قلبی احساسات میں سے ہیں جن کو انتاجا (palpitations) کہتے ہیں۔

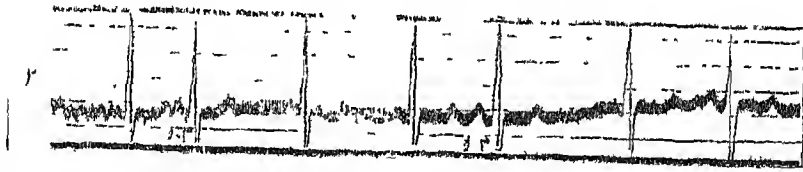
236

تحقیقات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ ضربات یا تو اُزین میں یا۔ ب۔ گ۔ ر۔ (A. V. node) کے مقام پر، یا بطن میں پیدا ہوتے ہیں، جس کی وجہ ان حصوں کی بیش سخریک پذیری (over-excitability) ہے۔ لیکن یہ ضربات قلب کے ایصال کے طبعی راستہ کے ایک حصہ میں پیدا ہوں، اور ایسی ہوئیں برقی قلب نگار (electrocardiograph) کے ذریعہ ایک طبعی ضرب سے تمیز نہیں کئے جاسکتے، الا اس امر میں کہ یہ اُس وقت سے پہلے واقع ہو جاتے ہیں جبکہ انھیں ہونا چاہئے اور اسی واسطے قلب کے توازن میں اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ ان ضربات کو ”مشابہ التکوین“ (homogenetic) یا ”متناظر المقام“ (homotopic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہوں شکل ۲۳-۲۵)۔ اس کے برعکس ممکن ہے یہ قلب کے ایک، ایسے حصے سے ہوں جو طبعی راہ ایصال سے باہر ہو، اور اس صورت میں ان کو غیر مشابہ التکوین (heterogenetic) یا غیر متناظر المقام (heterotopic)

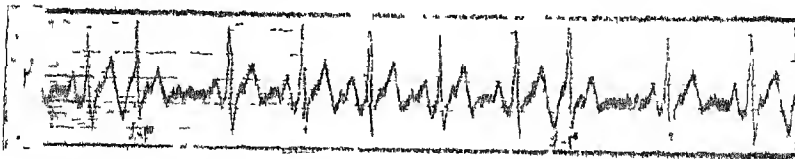


شکل ۲۱۔ شکل جو مستزاد طبیعی انکماش ظاہر کرتی ہے۔
اس واقعہ سے آذینی شرح میں خلل نہیں واقع ہوتا
اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں
پھر واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ب۔ ج فاصلہ ۱۔ ب
سے ٹھیکہ گنگن ہونے سے ظاہر ہوتا ہے
(پیرا تنباع لیوس : Lewis)۔

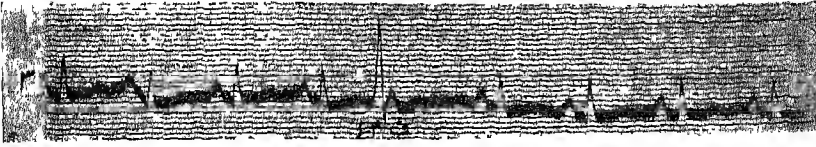
شکل ۲۲۔ شکل جو مستزاد آذینی انکماش ظاہر کرتی ہے۔
چونکہ اس بقاعدگی میں آذین حصہ لیتا ہے، لہذا
اُس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ دوسری
ضرب اس سے سیکندر جلد ہی آتی ہے کہ صفی شکل ۲۱
میں آتی ہے۔ یہ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ب۔ ج
فاصلہ ۱۔ ب کے دو گنے سے سیکندر کم ہوتا ہے
(پیرا تنباع لیوس)۔



شکل ۲۳۔ دو متناظر المقام (homotopic) مستزاد آذینی انکماشات جن میں ف موچیں
اور ف۔ ل فاصلے طبیعی ہیں، اور تھیف سے ترمیمی وقفہ (compensatory pause)
ہیں۔ یہاں کہ ایک بڑے شخص سے لیا گیا ہے جسکے خون کا واپس لینا تھا یعنی شریانی خدہ جو کہ بیکور ہو چکا تھا۔



شکل ۲۴۔ دو متناظر المقام مستزاد انکماشات جو آذین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں اور ایکسٹریما ہوتے
ہے لگنے ہیں جس میں دفتر قلب کی کوئی شہادت نہ تھی مستزاد انکماش کی فضا موج ٹرس (inverted)
ہے۔ ف۔ ل فاصلہ طبیعی ہے اور ایک مکمل طور پر ترمیمی وقفہ (compensatory pause) موجود ہے۔



شکل ۲۵ - کربجی مستزاد انکماش (nodal systole) (مناظرہ المقام
= homotopic) ایک بڑھے ایتھیروائی (atheromatous) شخص سے
لیا ہوا۔ معمولی سلسلہ کی ف موج (ف) پیش از وقت بطبعی موج یا مستزاد انکماش
(م یک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے۔ [برقی قلب نگارشیں جے۔ ایم ایچ
کیا مپیل (J. M. H. Campbell) کی لی ہوئیں]۔

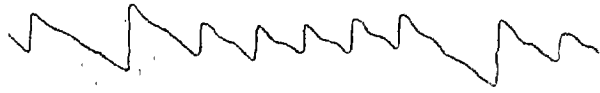
کہتے ہیں۔ اس صورت میں برقی قلب نگار پر کسے منحنی کی شکل غیر طبعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں شکل
۲۸-۲۹)۔ اس میں شبہ نہیں کہ ان اختلافاً کو محض استماع سے پہچان لینا ناممکن ہے۔
ایک کعبی ترسیم اس بات کے دریافت کرنے میں مدد ہو سکتی ہے کہ آیا یہ اپنے بدن میں
ذہنی یا بطبعی کیونکہ آخر الذکر حالت میں مستزاد انکماش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے
درمیان فاصلہ طبعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر حالت میں اس سے
نسبت کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض حالتوں میں یہ ضربات کثیر الوقوع
ہوتے ہیں۔ اگر ہمیں ایک سلسلہ ملے کہ اس میں طبعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور
واقع ہوں، تو اس حالت کو "نبض دو توامی (pulsus bigeminus)" کہتے ہیں، تاکہ
یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے متمیز ہو سکے۔ ممکن ہے کہ ایک طبعی ضرب
کے بعد باقاعدگی کے ساتھ دو مستزاد انکماش واقع ہوں۔ ایسی صورت میں تنگی کے
(triple rhythm) شاہد ہیں آئینگی (نبض سہ توامی = pulsus trigeminus)۔

پیش از وقت ضربات نبض پر دو اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مناظر
موج نبض چوٹی ہو اور اس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو، یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی
جگہ نبض کا لگی توقف (intermission) واقع ہو جائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ سماع
سے پیش از وقت نہایت آسانی پہچانے جاسکتے ہیں۔ اختلافاً اس لحاظ سے واقع

ہوتے ہیں کہ قلب کی مستزاد ضرب قوی ہے یا ضعیف، یعنی آیا وہ اوسطی مسرعوں کو

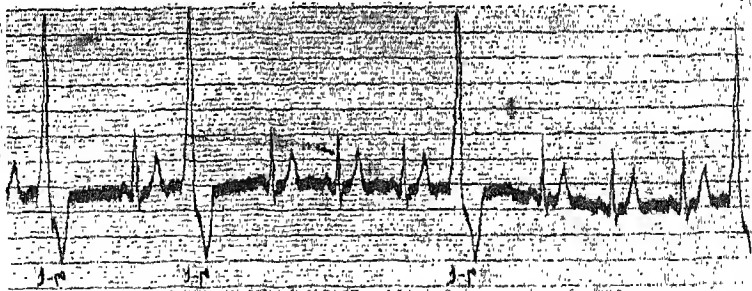


شکل ۲۶ - ایک کثیری نبض کی ترسیم جو کہ (X) کے مقام پر ایک قبل از وقت ضرب ظاہر کرتی ہے، جو کہ غالباً بطینی ہے۔



شکل ۲۷ - متوقف کثیری نبض کی ترسیم، جبکہ قبل از وقت ضرب کلائی تک پہنچنے نہیں پاتی۔ غالباً یہ بطینی ہے۔

اٹھا کر کچھ نمون باہر دھکیلنے کے لئے کافی ہے یا نہیں۔ اول الذکر حالت میں چار آوازوں کا ایک گروہ سنائی دیکھا، جو طبیعی اصوات قلب کے ایک سلسلہ کے وسط میں ایک دوسرے سے

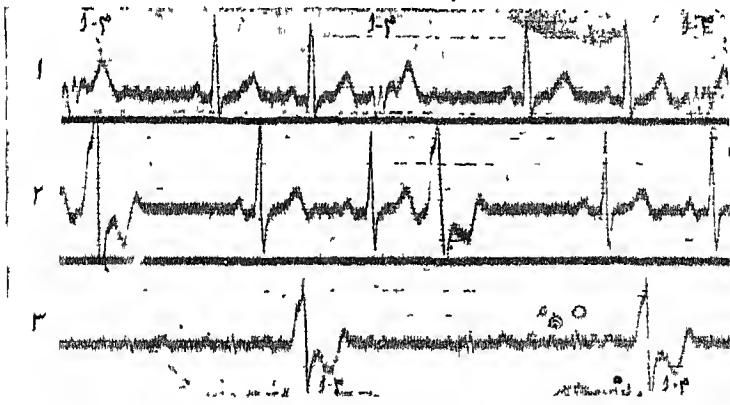


شکل ۲۸ - کثیر الوقوع مختلف المقام (heterotopic) مستزاد انکماشات (م۔ک) جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتے ہیں کہ اس تقوید (lead) میں امواج م موج کی نسبت بڑی ہے۔ یہ انکماشات ایک بڑے ایتیمہ واداک شخص میں بائیں بطن کے اندر پیدا ہوئے (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا مہیل)۔

قریب پائی جائیں گی۔ یہ چار آوازیں "لب" ("lub") "ڈپ" ("dup") "ٹم" ("tum") "ٹی" ("ti") کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جاسکتی ہیں۔ "لب ڈپ" طبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے۔ اس گروہ کی تیسری آواز یعنی "ٹم" مستزاد بطبعی انتباض کی آواز کی "اور" ٹی "اور ٹی" اور ٹی مصراعوں کی مسدودی کی قائم مقام ہے۔ جب مستزاد انکماش اتنا قوی نہ ہو کہ اور ٹی مصراعوں کو اٹھاسکے، وہاں اس گروہ کی چوتھی آواز یعنی ٹی ("ti") غیر موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دے گا، جسے "لب" "ڈپ" "ٹم" کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

ایک نوعمر شخص میں مستزاد انکماشات فاعلی التهاب قلب (active carditis)

231



شکل ۲۹ - مختلف المقام (heterotopic) مستزاد انکماشات (م۔ ک۔ جنہوں نے بائیں بطن سے پیدا ہو کر دم تقوید ملا میں اور دل تقوید علیہ میں زیادہ واضح ہے) نبض سه توائی (pulsus trigeminus) پیدا کر دی، ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا امبیل)۔

کا ایسا کرتے ہیں۔ لیکن بیشتر بالنفوں میں وہ کوئی اندازی مفہوم نہیں رکھتے۔ تاہم دوری ترمیم قلب (paroxysmal tachycardia) کی نسبت زیادہ خطرناک حالت ان سے کسی حد تک تعلق رکھتی ہے، اور اس حالت کے طاری ہو جانے کے امکان کو پیش نظر رکھنا چاہئے۔ اس کا زیادہ ثبوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے۔ جب مرض قلب والے شخصوں میں

مستزاد انکماشات ہوں، تو انداز کی تخمین میں ضررات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور مستزاد انکماشات کی موجودگی انداز کو بدتر نہیں بنا سکتی۔ جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مریض کو ان کی عدم اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے۔

عام طور پر یہ تعلیم دی جاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں شروع کرنا چاہئے، اور نہ مریضوں کو بیرونی خانہ کھیلوں سے، بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورت دیگر کر سکیں، محترز رہنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ جب مستزاد انکماشات مصرعی مرض کے ساتھ ملازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب حد سے بہت تباہ کن ہے۔ روماتزمی مبداء کے ہلکے اور طبعی اور مطلقاً مرض (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض جسے راقم الحروف جانتا ہے، حد سے زیادہ سخت عضلی محنت کیا کرتا تھا اور اسے اکثر اوقات مستزاد انکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اس کی سانس کبھی نہیں پھولتی تھی۔ بالآخر اس کو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) ہو گیا۔ زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اس نے محسوس کیا کہ مستزاد انکماشات عملاً غائب ہو گئے۔ پہلے موقع پر ان کی موجودگی اس امر کی دلیل سمجھی جاسکتی تھی کہ ورزش حد سے بہت زیادہ تھی۔ اس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کر دینے کے بعد مستزاد انکماشات ہویاب ہو گئے۔ ورزش پھر شروع کر دینے پر یہ مستزاد انکماشات غائب ہو گئے۔

قلب کا کثیر الوقوع فعل

سرعت القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب، اور اسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے۔ محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی تو اتار (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہو جائے گی، لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آ جاتی ہے۔ عصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرح بڑھ جاتی ہے۔ جذبات

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے قلب کے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصبِ تانیہ (vagus) کے شلّ سے بھی سرعتِ فعل پیدا ہو جاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التهابِ اعصاب متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ مثالوں میں افراد شرحِ قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعتِ ضرباتِ قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالتِ مرض میں نبض کے تواتر کی زیادتی کا ایک اہمیت عام سبب حموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ تغیر ایک مدت تک اُن سمیات سے منسوب کیا جاسکتا ہے جو بخار پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تنہا واسطہ حرارت جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کر سکتی ہے۔ سرعتِ قلب (tachycardia) مرضِ گریوز (Grave's disease) کا اہم منظر ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ درقی غدّے کے باطنی افراز کی زیادتی یا ترسیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعتِ قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے زہروں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری امتحان سے ظاہر ہوا ہے کہ یہ بڑھا ہوا تواتر قلب کے طبعی رفتار سے زیادہ کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضربِ قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔

دوسرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلہ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ اسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارناکردگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دورانِ خون پیدا نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ایک معین وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہو جائے۔ ان تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں جنہیں ضربتِ القلب میں ایک دوری سرعت واقع ہو جاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

سادہ دوری سرعتِ القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دوری سرعتِ القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی ضربت کا خاتمہ ہو کر اس کی بجائے دفعۃً سرعت اور باقاعدہ ضربات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے

جونی سنٹ ۱۱۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہو جاتا ہے، اور جو بطور خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جبکہ طبعی قنار ساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہو جاتا ہے۔ لہذا یہ ضربات اپنے مبدا میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں اور انھیں متنازعہ انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہئے۔ یہ نیا مرکز یا تو (۱) اُذین کے اندر ہو سکتا ہے، یعنی جونی اُذینی گروہ کے قریب، اُذین کے عضلی نظام (general musculature) میں، اُذینی بطنی گروہ (auriculo-ventricular node) میں (کریبی توازن = nodal rhythm) جیسے کہ شکل ۳۲ میں، یا گروہ سے آگے خاص بندل کے اندر، یا (۲) دائیں یا بائیں بطن کے اندر ہو سکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکفجے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان قسموں میں برقی قلب نگار کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ سادہ دوری سرعت القلب کی اُذینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ جب ضربات اُذین میں پیدا ہوں تو یہ طبعی طور پر بطن تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بطن میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو اُذین کی جانب ایک ایسے رخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ طبعی کے برعکس ہوتا ہے۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ طبعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اُس قدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں۔

اس حالت کا تمیز خاصہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ اس کا حملہ چند سیکنڈ سے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے۔ اصوات قلب ہلک ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ خیرات (murmurs) موجود رہے ہوں تو وہ غائب ہو جاتے ہیں۔ نبض منتظم ہوتی ہے۔ دروسے کا خاتمہ اُس قدر دفعۃً ہوتا ہے جتنا کہ اس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبعی طور پر سست ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنا طبعی توازن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے متنازعہ انکماشات

ظاہر کرے۔

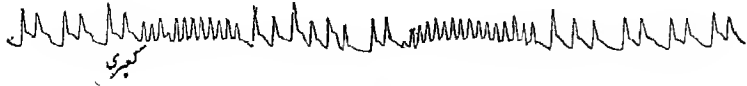
علامات - اگر حملہ قلیل المدت ہیں، اور خامسکر اگر مریض اُن کا مادی بنگیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدائے ہوں۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تکلیف (distress) ہوتی ہے۔ سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی تقلیل (دقیق حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک امابت میں ثابت ہوتی۔ کسلندی، مستگی (exhaustion) اور جوارح کی بردست موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔ سوہمضم کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں، یعنی ریحیت (flatulence)، کثرت رین (salivation)، متلی اور قے۔ ممکن ہے کہ ذہنی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنی سینہ میں تنگی کا احساس اور تحت القوی درد۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلب بہت فعل کی وجہ سے گراناں ہو جائے (embarrassment of the heart) اور آپس طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہو جائیں، جن کے ساتھ اتساع قلب اور گردن کی جڑ کی وریدوں کا احتقان (engorgement)، جگر کی کلائی اور الیمیت عمومی آذیا و بیہ پائے جاتے ہیں۔ دورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور غائب ہو جاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حملہ شدید ہو اسے تو مختلف جہتی تنگی (exhaustion) باقی رہے۔

تشخیص - اس کا انحصار مریض کے بہ احتیاط امتحان پر ہوتا ہے، جیسے ساتھ یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دوسرے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات ان امابتوں کی تشخیص منقوب معدی قرحہ (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی عملیہ بھی کر دیا گیا ہے۔ نیز "حاد اتساع قلب" ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کی جا چکی ہے۔ 240

امذار - انذار کے خاص نکات یہ ہیں۔ (۱) عضلہ قلب کس حد تک نقصان پہنچا ہے، کیونکہ ممکن ہے حملہ خالصتہ عصبی فعل کا نتیجہ ہو اور عضلہ قلب تندرست ہو۔ (۲) علوں کی شدت، اور خامسکر فشل القلب کے امارات۔ نوعمر اشخاص میں ایک یا دوسرے سبب سے ایک دو انفرادی حملوں کا ہونا ناغیر عام نہیں، اور یہ عود نہیں کرتے۔

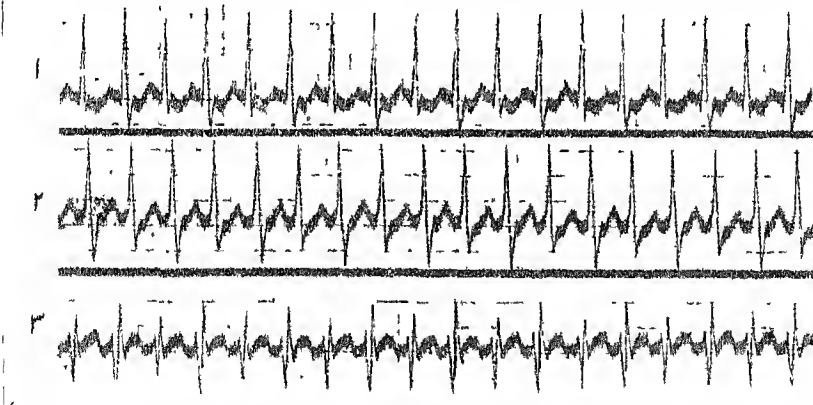
جب عضلہ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جنہیں حملہ (periodical attacks) ہوتے ہیں تو ایسی صورت میں زندگی کا طول بالکل نہیں گھٹتا، اور ان حملوں

سیکینڈ



شکل ۳۰۔ دوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی تشریفاتی ترسیم۔ دو مختصر دورے دکھلائے گئے ہیں جن میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا۔ دوروں کے درمیان نبض غیر منتظم ہے (بد اتباع لیوینس)۔

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے۔ اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہو گئی ہے اگر طبیب کو کسی حملے کے دوران میں مریض سے



شکل ۳۱۔ دوری سرعت القلب تقوید ۳ میں کی نبض متبادل غیر معمولی ہے (جے۔ ایم۔ ایچ کیا مبیل)۔

بلا یا ہے تو مریض یا اس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صحیح ہوگا کہ وہ اس

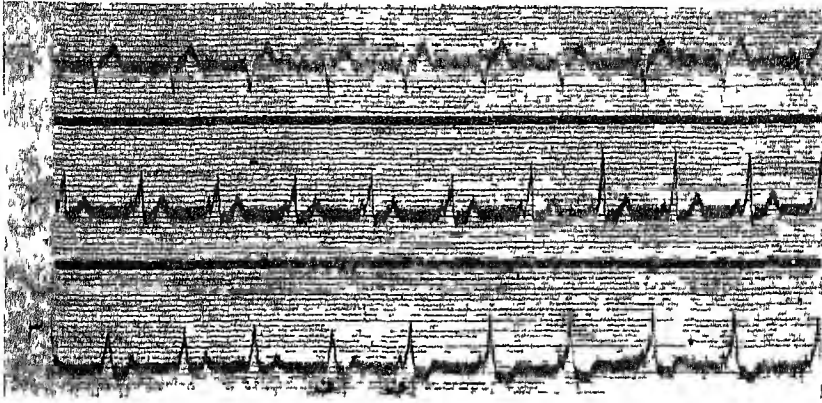
مقصود دورے سے شفا یاب ہو جائے گا۔

علاج - احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حلوں کا واضح سبب معلوم ہو جاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرتِ تبا کو نوشی، شراب، جذبہ (emotion)، نرایت جیسے کہ ماذِ کام، ناگہانی بار پڑنا۔ ان سب سے بچنا چاہئے۔ لیوٹس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سوکراٹھنے سے پہلے ایک اشکم بند (abdominal binder) لگا کر اُسے دن بھر پہن رہنا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے سے حملے رکے رہتے ہیں۔ بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا نصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود حملے ہی بند کر دئے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص ہیئت (attitude) اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھ کر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل لیٹنا، یا ترکیبی مرقی وضع میں ٹھہرے رہنا یا چمت (supine) لیٹنا۔ قے کرنا، ریجیت دور کرنا، پیش قلبہ (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصابِ تائبہ (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹروفینٹین (strophanthin) کا وریڈی اثر کرنا، گہرے شہیق اور زہیر جلد جلد کر کے تنفسی کوشش کرنا، یہ سب حلوں کو روک دینے میں کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کر لیتے ہیں جس سے وہ حملے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۲ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹہ کے بعد ۱۰ گرام دے کر پھر تین تین گھنٹوں کے وقفہ سے پانچ خوراکیں دی جاتی ہیں ڈیجیٹالس (digitalis)، ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقہ سے آزمائی جاسکتی ہے، جیسا کہ آذینی ریشکی انقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

241

طویل حلوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بہ آرام رکھا جائے اور اگر ضرورت ہو تو انیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کر دی جائے۔ قریب الوقوع فٹل قلب کے امارات کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی اقتصاد (venesection) مفید ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی عملیہ ضروری ہو تو حلوں کی سرگذشت، ایک عمومی معدوم حس (general anæsthetic) کے استعمال کو ناجائز از بحث

نہیں کرتی۔



شکل ۳۲ - کرہی توازن (nodal rhythm) - ف موبس (ف) بطبعی ملائیں
(ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں - یہ بعض برقی قلوب کا نمونہ
میں مڑنیکس (inverted) ہوتی ہیں - جے - ایم - ایچ - کیا مہیل -

اذینی رفرہ (پھڑپھڑاہٹ)

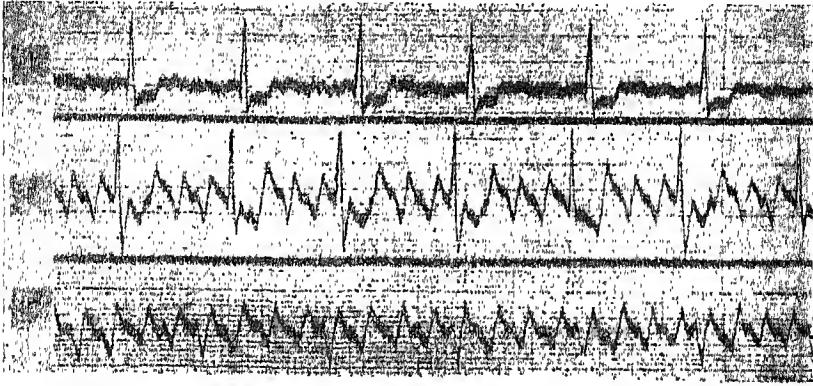
(auricular flutter)

پہ نام سرعۃ القلب کی اس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اذین نہایت جلد جھلکتی رہتی ہیں، یعنی مختلف مثالوں میں ۲۳۰ سے لیکر ۳۵۰ بار تک، لیکن بطبعی عموماً اس سے آدھے یا چوتھائی تواتر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی حد تک اذینی بطبعی مسدودی قلب قائم ہو جاتی ہے۔ صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اذینی انقباض کا ایصال بطبعی تک ہوتا ہے۔ کبھی کبھی قلعیل عموماً کے لئے قلبی مسدودی موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطنی شرح بھی فی منٹ ۳۲۰ ہو جاتی ہے، اور مریض عموماً غشی کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ۲ کے پیچھے ۱ والی قلبی مسدودی کی صورت میں نبض کوبی کی شرح تقریباً ۱۶۰ سے اُنہ نہیں ہوتی، چنانچہ یہ استثنائے بعض مثالوں کے اگر شرح نبض اس قدر سے اوپر ہو تو اذینی پھڑپھڑاہٹ کو خارج از بحث سمجھا جاسکتا ہے۔

اس کے برعکس اگر طبیعی شرح اُذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ نبض جو فی منٹ صرف ستر یا اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کریگی۔ تاہم ایک پست ارتفاع کی آواز جو فی منٹ ۲۰۰ کی گنت رکھتی ہے، کسبھی جا چکی ہے (62)۔ ایسی حالت میں مرض جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریڈیٹری میں کی ترسیم سے شناخت میں آ سکتا ہے، یا برقی قلب نگاشت سے، جس میں ہر طبیعی ضرب (R =) کے پیچھے اُذینی ضربات (P =) دو یا چار ہونگے لیکن یہ باقاعدگی ہمیشہ نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر منتظم نبضیں واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دفعۃً شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اُسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دِلّی سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبت بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور کمزور اوقات ایسا ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۳)۔ اگر نبض سریع ہے تو برقی قلب نگاشت کے ذریعہ تشخیص کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں سباتی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈال کر قلب کو مست کیا جاسکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے عود کرنا ٹلسا ہر ہو جاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ کی تقوید ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹلس کے زیر اثر لاسٹم اور اس طرح قلب کو مست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ پُرانے روماتزمی مریض کی نسبت اُس مریض میں زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلب (arteriosclerosis) خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

آہرا ضیاء۔ اگر اُذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اسے ایک نقطہ پر منہج کیا جائے تو اس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے چکر لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر مل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ اُن کے ملنے کے وقت منقبض ہو رہا ہے لہذا وہ حالت کوپیزی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کر سکتیں اور ضائع ہو جاتی ہیں (Mines)۔ اُذین کی طبیعی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اسی قسم کے ضربات کا تواتر (succession of beats) ہے، جو اُذین کے گرد چکر لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اور وہاں ضائع ہو جاتے ہیں۔

اب فرض کیجئے کہ اصلی حلقہ میں ایک ناگہانی عارضی سدودی (block) پیدا ہو جائے اور اس طرح موج صرف ایک ہی سمت میں چکر لگا سکے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو عضلہ کو گرنیزی بنا کر اسے روک دے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لاتنا ہی طور پر جاری رہے گا۔ اُذین کی پھر پڑا ہٹ میں صورت حال ایسی ہی ہوتی ہے، موج اُذینی عضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے اور بقی قلب بھارش کی ف موج ایک ایسے مثل چکر سے متناظر ہوتی ہے (تیکر)۔ جب یہ موج تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالنی جاتی ہے جو سارے



شکل ۳۳۔ جو ظالمیعی خاطر (exophthalmic goitre) کی اسباب سے حاصل شدہ اُذینی پھر پڑا ہٹ (auricular flutter)۔ اُذین کی شرح فی منٹ ۳۲۰ ہے اور ۸ ضربات کی منتظم نبض کے ساتھ ۱:۲ سدودی موجود ہے۔ (عموماً تقوید میں پھر پڑا ہٹ واضح نہیں ہے)۔ (جے - ایم ایچ کیا مہیل)

اُذینی عضلہ میں پھیل کر انقباض پیدا کر دیتے اور بطنوں کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم کم قدر اُذینی بطینی سدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطن صرف ہر دوسری تیسری یا چوتھی اُذینی ضرب کی تجبیدیت ظاہر کرتے ہیں۔ علاج - یہ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) اُن اسبابوں میں مفید اثر

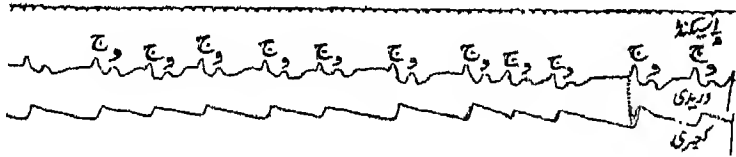
رکتا ہے جن میں شرح نبض ۱۲۰ تا ۱۴۰ اور اذینی ضرب کی شرح اس سے دگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دوا اس مزاحمت کو زیادہ کر دیتی ہے جو کہ صدمات کو اذینی بطینی بندل کی راہ سے گزرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اس طرح بطینی شرح گھٹ جاتی اور نبض سست ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ڈیجیٹالس، اذین کے منتظم کو مریخ انقباض کو درجہ ہم کر دیتا اور اس طرح اذین کا ریشکی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھر پھر اسٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا طبعی فعل اختیار کر لے۔ اس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیوئیڈین (quinidine) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، یا تو اولاً پھر پھر اسٹ کو روکنے کے لئے یا اس ریشکی انقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہو گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

اذین کا ریشکی انقباض (auricular fibrillation)

اس حالت کی اہمیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفا خانہ عام میں جو مریض فٹل قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں ان میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیر الوقوع پیشرو عام دروازہ ترم ہے، اور سرسری طور پر کہا جاسکتا ہے کہ شفا خانہ میں اذینی ریشکی انقباض کی جتنی اصابتیں ملتی ہیں ان سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرانی ضيق (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گروہ نجی مزاوت میں چنداں کثیر الوقوع نہیں، کیونکہ ما دروازہ ترم نسبت کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلب شریان (arteriosclerosis)، غوطہ (goitre)، بشمول بیش درفیت (hyperthyroidism) ہیں اور چند اصابتوں میں مریض بظاہر طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ لہذا یہ کہ اسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ مریض ہو جاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بھر قائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دوروں کی صورت میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے لیکر ایک یا دو جینے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ ۴۵ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو در قیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبعی تھے یا تمباکو، الکحل وغیرہ سے یا سرایت سے سموم، لیکن سرایت غالباً ابتدائی تر اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (9)۔

امراضیات۔ انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انقباض ابتدائی ترین ہیں۔ راتھ برجر (Rothberger) اور وینبرگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر، اور پھر اس ملک میں لیونس (Lewis) نے بیان کیا۔ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اس میں نبض کو دائمی غیر منظم نبض (pulsus irregularis perpetuus)۔



شکل ۳۲۔ ایک کثیر نگاری ترقیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظم تھی۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا وریڈی منحنی میں ج (g) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں۔ معمولی پیش انکماش موج و (u) بالکل غائب ہوتی ہے۔ و (u) کی غیر موجودگی اور بے نظمی کی موجودگی اذین کے ریشکی انقباض (fibrillation) سے منسوب کی جاتی ہے۔ (بدلتابع لیونس)۔

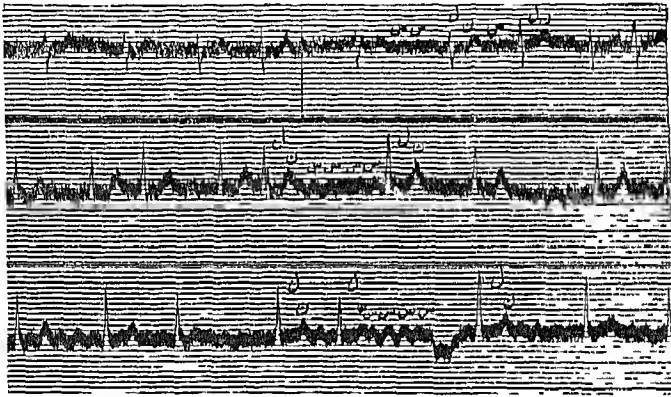
کہتے تھے۔ میکینزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وراجی تریسٹو (jugular tracings) میں موج و (u) غائب تھی اور اُس نے سب سے پہلے اسے شلل اذین کا نتیجہ سمجھا۔ اس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اُس وقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب نگاروں (electrocardiograms) اور وراجی نبض کی تریسٹو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ اُن کٹوں سے لی ہوئی تریسیموں سے کیا گیا جنہیں فرادی رو سے پہچانے کے ذریعہ اذین کے ریشوں میں انقباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا۔ لیونس اور اُس کے رفقاء کے کار کے تازہ تجربات نے اس حالت کی امراضیات (pathology) پر مزید روشنی

ڈالی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پمپ پمپٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرد اگر بار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانے والی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۲۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اُس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اس قدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جزو گریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ بعض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصالِ مہم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور بلا سوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے بدل جاتے ہیں، اور اس طرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اُذینی بطینی گروہ (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسی قہ رازینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی بحیثیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شوج سریع اور غیر منتظم ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلتہ آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالب تہ ازل کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کمرہ ہی ترسیم اس بے نظمی کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل توقف کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہو سکتی ہے ایک نسبت کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۲)۔

اُس وقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعہ استہاسنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی اصابتوں میں

حقیقی اُذینی انکماش خیر (auriculo-systolic murmur) کبھی نہیں ہوتی، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کر دیا ہوتا ہے۔ اگر خیر کبھی سنائی بھی دے، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ بظاہر پیش انکماش (presystolic) ہوتی ہے، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی خیر کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہو جاتا ہے۔ جب فقہ اتنا کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی خیر پورے طور پر ختم ہو جائے، تو حقیقی اُذینی انکماش خیر کبھی نہیں سنائی دیتی۔



شکل ۳۵۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب نگارش بلیمنی لی (R) او
ن (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں، اور اُذینی فاموجیں
(P-waves) غیر موجود ہیں، لیکن ان کی جگہ کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی موجوں،
سے (F) لے لی ہے، جو منحنی میں منتشر ہیں۔ (بدر اقبال رسیل ویلس
(Russel Wells)۔

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۲۰ سے زائد ہو، تو یقیناً یہ اُذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی
اصابت ہے۔ لیکن جب قلب تسبی کے ساتھ، یا یوں کہنے کے ۱۰۰ سے کم بار ضرب لگاتا
ہو، اور اس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم
ایک مزید قیمتی امارت یہ ہے:۔ مریض سے کسی ملکی قسم کی ورزش کے لئے جیسے کہ

اور نیچے جھکنے، یا بہتر میں ایک دوبار اٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر ازبنی ریشکی انقباض موجود ہے تو اس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منتظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً مستزاد انقباضات یا قلبی سدودی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منتظم ہو جاتی ہے۔

انذار۔ ازبنی ریشکی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ دس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری انذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب اتلائی قشل ہو تو ریشکی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کہ جن میں ریشکی انقباض نہیں ہوتا عارضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کمیونی ڈین، تقریباً ۵ فیصدی اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف عارضی طور پر شفا بخش ثابت ہوتی ہے۔ علاج۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اُس کا دار و مدار خاص کر اسی امر پر ہے کہ وہ اس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ۱۷۷۷ء میں بوئرنگھم کے ایک طبیب فلیم وڈرنگ (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اُس نے استسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ حاصل کیا، جو شراب شائری کی ایک ضعیف نے عرصہ دراز تک صیفہ راز میں رکھا تھا اور جس سے اُس نے اُن مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبتاً زیادہ باقاعدہ اطباء عاجز رہ گئے تھے۔ اس دوا میں بیس یا زائد مختلف بوٹیاں تھیں، لیکن وڈرنگ نے اُن میں سے کف الثعلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعال جزو کے منتخب کر لیا۔ اُس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہو جانے اور تنہا غرار پر بہ نسبت اُس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطور خاص تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجہ ذیل نوٹ کرتا ہے: ”قلب کی حرکت پر اسے اس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو اب تک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا“

اگر نبض ۱۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستر میں رکھ کر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (pulv. digitalis) آٹا ۱/۲ اگرین جو کہ معیاری صبغیہ (tincture) کے ۱۰-۱۵ قطر است کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئے یا تازہ نمیناندہ (infusion) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہ ہو تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ ڈیجیٹالس کی تمام کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں۔ وہ علامات یہ ہیں:- متلی، قے، اسہال، اور دوسرے۔ اب ان علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی گھٹا دینا چاہئے، اور اسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رہنے دینا چاہئے۔

حادیانہایت خطرناک اصابتوں میں (سٹروپنٹھین (strophanthin) یا گرین، طبعی ملح (normal saline) میں ملا کر دروں وریڈی طور پر دیکھتے ہیں، اور یہ مقدار مکرر دیجا سکتی ہے۔ اسے تحت الجلدی یا دروں عملی راہ سے بھی دیکھتے ہیں۔ دروں وریڈی اسٹروپنٹھین چنداں خالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ نہرہلی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے۔ زیادہ دیتیک پڑا رہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہو جاتی ہے۔ اذینی ریشکی انقباض کی حاد اصابتوں کے علاج کا ایک زیادہ خالی از خطر طریقہ ایگلستون (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلادیا ہے کہ جب ایک سرخ اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اذینی ریشکی انقباض اور فعل القلب والے مریضوں میں، ڈیجیٹالس کی ان مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ بڑی خوراکیں براہ دہن دیجا سکتی ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری بنائی ہوئی تجویز (standardized preparation) استعمال کی جائے۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اکائی (unit for digitalis therapy) ”گرہہ اکائی“ (”cat unit“) کی تعریف ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے پتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں وریڈی اثر اب کرنے پر پائی کے لئے جہلک ثابت ہو۔ اس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تجویزوں کی ”گرہہ اکائی“ سفوف کردہ پتوں کے ۰.۱ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے۔ ان حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دیجاتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے:-

صبغیہ ڈیجیٹالس کے کسب سنٹی میٹروں کی تعداد = ۱۵ x جسم کا وزن

رطلوں میں -

سفوف کردہ پتوں کے گراموں کی تعداد = 0.5×15 جسم کا وزن رطلوں میں -
 مریض کے جسم کے طبعی وزن سے کام لینا چاہئے، اور اس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے
 کرنے میں کسی اڑیما کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن
 کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)۔ آخر الذکر کی پیمائش قمتہ الرأس (vertex)
 اور عظم الورک کے مہدیاں (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئے
 جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو۔ شاید زیادہ حالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا $\frac{1}{4}$ ہی
 کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً صبیغہ کی ۳ ڈرام پائی جاتی ہے۔
 بہترین یہ ہے کہ یہ تین یا چار خوراکوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے، اس طرح
 پر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے، پھر $\frac{1}{4}$ ، پھر $\frac{1}{2}$ ، پھر $\frac{3}{4}$ - شرح نبض
 کم کرنے میں اعظم اثر ایک دو گھنٹے میں اس طرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں
 سے ایک خالص گلوکوسائیڈ ڈیگاکسن (glucoside digoxin) کا دروں دریدی اثر
 کیا جائے، خوراک ۵، ۷، ۹ ملی گرام اور ۵، ۷، ۹ ملی گرام کے درمیان، جس کے الکھلی محلول کو اگنا
 مالخ کے ساتھ ہلکا لیا جاتا ہے۔ بیجوں سے ڈیجیٹالینم ویرم (digitalinum verum)
 کا بھی اثر اب کیا جاسکتا ہے، خوراک ۵ ملی گرام جو کہ ۵، ۷، ۹ ملی گرام ڈیگاکسن (digoxin)
 اور معیاری صبیغہ کے ۵ قطرات کے معادل ہوتی ہے۔ ڈیگاکسن براہ دہن بھی فعال ہوتی
 ہے۔ دونوں زیر جلدی بافتوں کے لئے خراش اور ثابت ہوتے ہیں (60)۔

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض
 ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہو جائے تو مریض اُٹھ سکتا ہے اور
 پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیا جاتی ہے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی سست رہتی ہے
 اس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اس کا تعین کر لیا جاتا ہے، اور مریض کو اس مقدار
 کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض
 بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا۔ دوسرے
 مقصدنیاں (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے احتراز کیا جائے، مہرایت
 حمل اور قبض سے بچا جائے، اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ عمومی معائنات

(general anaesthetics) صرف اسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک عملیہ سے مریض کی زندگی بہت زیادہ بڑھائی جاسکے، یعنی جب عملیہ عملاً ناگزیر ہو۔

قلب کو سست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سدودی پیدا ہو جاسکے باعث ہوتا ہے، جو اس درجہ کلی ہوتی ہے کہ اُن کثیر التعداد صدومات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطین پرورش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سدودی غالباً عضلہ پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطینی ہنڈل (auriculo-ventricular bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطینی گروہ (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست

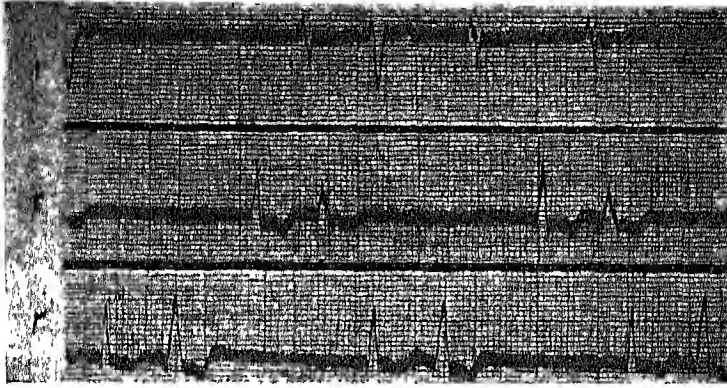
246

قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصبِ تائیس کا ارتعاش (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال مد سے زائد جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ تسمم کی دوسری علامتوں کے علاوہ ”ڈیجیٹالسی مزدوجیت“ (”digitalis coupling“) واقع ہو جائے (شکل ۳۶)۔ نبض سست ہو جاتی ہے، اور قلب متبادل قوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو عارضی طور پر منقطع کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۵ء میں فرے (Frey) نے اذین کے ریشکی ارتعاش (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے دنیائے طب کو کیوینیدین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے: (۱) یہ گریزی عرصے (refractory period) کو طویل بنادیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے ریشکی انتباض میں اذین کے گرد ایک تیز کسی حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے دور میں پھیل جاتی ہے، اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سر اور اس کی جاگتی ہوئی دم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل تحرک کا عضلہ کارہ جاتا ہے۔ جب گریزی عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اس چھوٹے فصل میں کا عضلہ تحریک ناپذیر ہو جاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ (۲) کیوینیدین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبتاً سست رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فعل کے خلاف ہے اور موج کا استمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پذیر عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیوینیدین کے اثر کا انحصار اس پر ہے کہ ان دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

پہلا فعل قوی ہے توازن ریشمی انقباض موقوف ہو جائے گا، اور قلب اپنا طبعی توازن بالآخر تیار کر لے گا۔ ایسا تقریباً نصف امابتوں میں ہوتا ہے۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار رہتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو۔

کیونٹین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستری میں رکھ کر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے اور بطینی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر اسکی حالت میں اصلاح کر لی جائے۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلاح نہ پائی جائے تو یہ امابت کیونٹین کے لئے ناموزوں ہے، کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا



شکل ۳۶۔ ڈیجیٹالیس مزدوجیت (digitalis coupling)۔

(جے۔ ایم۔ ایچ کیا مہیل)۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقائص ہیں۔ اذنی ریشمی انقباض کسی وہ امابتیں بھی کیونٹین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں، جن میں ڈیجیٹالس دئے بغیر ہی بطینی شرح سست ہو۔ تازہ سدایت (embolism) کی سرگزشت بھی کیونٹین کے استعمال میں مانع آتی ہے، کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے تو اسوقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگنا شروع کرے، ممکن ہے وہ آزاد ہو کر سدایت پیدا کر دے۔

اگر کیونٹین سے علاج کرنے کا فیصلہ کر لیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جاتا ہے

اور دوسرے دن کیونیڈین سلفیٹ کے ۲.۵ گرام کی ایک ابتدائی خوراک براہِ دہن دی جاتی ہے، یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاتین کے کیسوں کے اندر ۴.۵ گرام کی خوراکوں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایک بار، پھر روزانہ دوبار، اور پھر دن بھر میں تین یا چار بار نبض کی شرح اور اس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے، اور دوا کے اثر کی مزید توجیج برقی قلب نگارشوں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ بطبعی شرح ابتداءً زیادہ ہو جاتی ہے، لیکن اُذینی شرح کم ہوتی ہے۔ کبھی کبھی کیونیڈین سے شری (urticaria) 'درِ دُسر' دورانِ سر، اختلالاتِ بصارت، متلی، قے اور ارتفاعِ تش پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر فشلِ قلب کے امارات ظاہر ہوں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کر دینا چاہئے۔ جب اذینی ریشکی انقباضِ نبض ہو جائے تو چند ہفتوں تک کیونیڈین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۰.۸ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کر کے بالآخر اس دوا کو موقوف کر سکتے ہیں۔ نخس (relapse) کا ہونا شاذ نہیں اور اس کا علاج بھی اسی اصول پر کرنا چاہئے۔

قلب کا توازنِ طبعی ہو جانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے کیونیڈین کو ڈیجیٹالس پر جو ریشکی انقباض کو رفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور ذنبی دونوں قسم کے اذینی ریشکی انقباض میں کیونیڈین دیا جاسکتی ہے۔ درقی ستی ریشکی انقباض (thyro-toxic fibrillation) کی اس باتوں پر کیونیڈین کا اچھا اثر اُسی وقت ہوتا ہے جبکہ بیشِ درقیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جا چکا ہو۔ کیونیڈین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہئے۔

نبض متبادل

(pulsus alternans)

قلب کی غیر طبعی ضرب کی اس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضرباتِ نظم کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبضِ دونوامی (pulsus bigeminus) یا مزدوج ضربات کے برعکس جس میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقفہ اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقفہ شروع سے آخر تک وقفے تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں اگر

ایک چوٹی اور بڑی ضرب نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ انگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنی اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ انھیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر سست سمجھ لی جائے، یعنی وہ دراصل جتنی ہے اس سے نصف سست۔ ضغط النبض ہیما (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جاسکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہو جاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہو جاتی ہے۔ نبض متبادل کی تشخیص برقی قلبی نگارش (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۳۱، تقوید ۳ میں وہ موجود ہے، جیسا کہ ل۔ م بولت (R. S. excursion) کی متبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبعی حالت یقیناً عضلہ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عارضی ہو اور غائب ہو جائے لیکن اگر مسلسل ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوت انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب متقل یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ ظاہر کرتا ہے کہ اس کی شدید امثالیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ انذار اُس وقت اور بھی خواب تر ہوتا ہے جبکہ متبادل نبض بطنی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض اُس وقت ظاہر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو انداز چنداں خواب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اسے سکون و آرام دینا چاہئے۔ ڈیجیٹالس ان امثالوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ آذیہ بھی موجود ہو۔ اس کے استعمال سے نبض بطنی ہو کر متبادل رفع ہو جاتا ہے۔

قلیل الوقوع فعل

(بطء القلب = bradycardia)

اگرچہ نبض کعبری اور قلب کا طبعی تواتر اکثر ستر فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساٹھ فی منٹ کی نبض بالکل عام ہے۔ بعض اشخاص میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان بطئی النبض (slow pulsed) اشخاص میں آدھی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہو جائے۔ فاقہ کشی (starvation) اور قلت تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یسستی تحول کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہو جاتی ہے۔

اس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور نبض کعبری دونوں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبض متبادل (pulsus alternans) یا نبض وتوامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بطء القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، گو کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بطء القلب کی بہت سی حالتیں عصب تائیمہ کے میکان (vagal stimulation) کے باعث ہو سکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بطی جو کہ نقطۃ الانعکاس (cerebral compression) 'یرقان' انفلوئنزا اور دوسرے حادثات امراض ساریہ کے

248

بعد کی نفیہیت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جاسکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ حملہ ہو جاتا ہے جس کا عام سبب جذبہ (emotion) یا دیر تک کھڑا رہنا ہے یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملہ پیدا ہوں جو اوسطی مرض میں ہوتے ہیں۔

دوران تنفس میں قلب کا متبادل آہستہ اور تیز ہو جانا (جو فی عدم توازن sinus arrhythmia) بھی عصب تائیمہ کے فعل کے سبب سے ہے، نیز وہ کسی قدر غیر عام "میشی بتقا عدگی" ("phasic irregularity") بھی جس میں تنفس کے تعلق سے تغیر

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی لمحہ پرست پڑ جاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بڑا القلب (bradycardia) پیدا کر دیتی ہے جو فی اذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے، لیکن خود جو فی اذینی مسدودی کا عصب تائبہ کے ہيجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بڑا القلب کا ایک خاصہ عام سبب اذینی بطنی مسدودی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کمال درجہ کی ہو۔

بطین کا ریشکی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب بھار کی وسالت سے ریشکی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے، گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں، اور شاید موقعوں پر انسان میں بھی، یہ کچھ عرصہ کے بعد موقوف ہو کر شفا یابی واقع ہو گئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے، اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم حیثیت کلوروفارم کی بعض مہلک وارداتوں کی توجیہ بھی اسی سے ہوتی ہے۔

قلب کی تعویض

مرض میں قلب بسا اوقات کسی قدر ازکار رفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس ازکار رفتگی پر غلبہ حاصل ہو جاتا ہے تو قلب کو تعویض یا منتہا کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اس طرح بڑھ سکتی ہے کہ عضلی دیواروں کی دبارت بڑھ جائے۔ اس کو بیش پس ورش کہتے ہیں، جس کے ہمراہ ممکن ہے کہ ہنوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔

جب یہ ازکار رفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو، تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہو جائے گی کہ قلب سے خواہ کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطلوبہ کیا جائے اس کی بحیثیت اتنی ہی موثر ہوگی جیسی کہ کسی لمبی شخص میں۔ چنانچہ شدید ترین قسم کی عضلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گستہ نفس نہیں ہوتا ایسی ازکار رفتگی کو مکمل طور پر تعویض یافتہ کہتے ہیں۔

اگر یہ ازکار رفتگی بلند تر درجہ کی ہی ہو، تو مریض کو آرام کی حالت میں یا ہلکی ورزش کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ لمبی سے زیادہ گستہ نفس ہو جاتا ہے، اور یہ گستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نایافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اس سے بھی شدید تر اصابتوں میں، جبکہ قلب کا فنل ہو رہا ہوتا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گستہ نفسی اور دیگر علامات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا مکمل فنل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف کوٹک اس سے زیادہ توسع ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فنل سے قبل تھے۔

بیش پروورش

(hypertrophy)

قلب کی بیش پروورش، جسم کی قدرتی بحیثیت ہے جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول رسد پہنچ کر قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بطینوں کی بیش پروورش، قناطر کہنفوں کے ازدیاد (اتساع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکب بیش پروورش کہتے ہیں، اور اس امر کے پیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبیں سادگی طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پروورش جب بائیں بطین کے اتساع کے بغیر ہو تو اسے اسباب مسبب ذیل ہیں۔ (۱) اور لمبی مصراعوں کا مرض، جبکہ اس سے دہنہ کی تنگی واقع ہو۔ (۲) نہایت شاذ طور پر اور لمبی کی سپلائشنگی۔ (۳) بڑھا ہوا اثر بانی تناؤ۔ (۴) قلب کا مسلسل سر بیج فعل

جیسا کہ بخوبی گھینگے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انضمام تہ تاہم جو حرکات قلب میں مزاحم ہو کر قلب پر زائد کام کا بار ڈال دیتے ہیں۔

دائیں بطن کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تسد ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ تسد (۱) ریوی دہن پر واقع ہو سکتا ہے، بوجہ مصراعات کے پیدائشی تشوہات (malformations)، دہن کی پیدائشی تفتیق، ریوی مصراعوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اور ملی آنورسہا کے دباؤ کے۔ (۲) پھیپھڑوں میں واقع ہو سکتا ہے، بوجہ نفاخ، مزمن شعبی التهاب، تمدد الشعب (bronchiectasis) اور گاہے بوجہ مزمن سٹل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اولی مرض کی وجہ واقع ہو سکتا ہے، جس سے بایاں اُذین اور ریوی دوران خون تختن (engorged) ہو کر پھیپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔

اور ملی بازروی اور دیگر بازرو ضررات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، تعویض ہمیشہ اس طرح واقع ہوتی ہے کہ وہ کہہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تعویضی) طور پر تسع ہو جاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتی ہے۔ اس کو منحرف المکرز (excentric) بیش پرورش کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اور ملی بازروی میں بائیں بطن کے متعلق خاص طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ اُذینوں کی بیش پرورش، ثانو ونا درہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے، لیکن مطرانی ضیق میں بائیں اذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ اذینی بطنی مصراعوں کے تسیق یا عدم کفایت سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ اور ملی بازروی (aortic regurgitation) ہی میں بیش پرورش سب سے اعلیٰ درجہ کی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطنی دیوار اپنی لمبی دبازت کی نسبت دگنی ہو جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطن کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے، اور دوسرے کہفوں میں بھی متناسب تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۱۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطن کی بیش پرورش میں اس کا راس اپنی حد سے تجاوز کر کے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں اصابتوں میں جب سامنے سے قلب کو

دیکھا جائے تو بایاں بطین بشکل نظر آتا ہے۔ دایاں بطین دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ آگے تک پھیل جاتا ہے کہ جہاں یہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔

طبعی امارات۔ راستہ و چپ جانبی بیش پرورش کے طبعی امارات جو کہ عام طور پر ستم ہیں بسا اوقات زیادہ اعتماد کے قابل نہیں ہوتے۔ وہ حسب ذیل ہیں۔

چپ جانبی بیش پرورش کی حالت میں صدم القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر محسوس ہو سکتا ہے درحقیقت ممکن ہے کہ کلائی یا فٹہ قلب سینہ کو مستقلاً باہر کو ابھرا ہوا بنا دے۔ جب بائیں بطین کا تھویشی اتساع بھی موجود ہو تو صدم کا محل وقوع طبعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور باہر کی طرف ہٹا ہوتا ہے، اور پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) متناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی ہوتی ہے۔

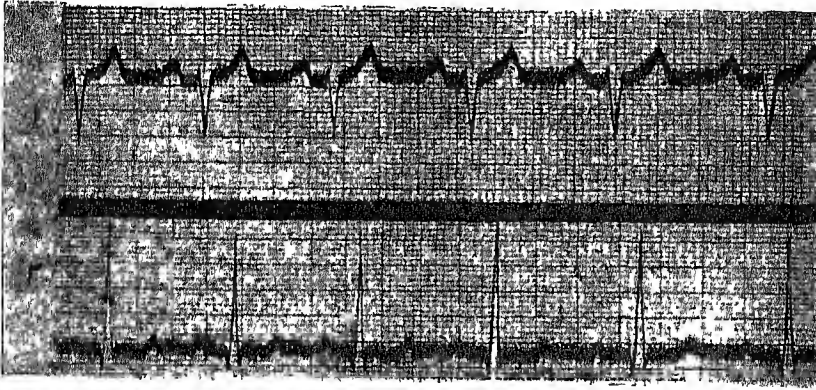
ہم مرکز بیش پرورش میں پیش قلبی اصمیت کی زیادتی خفیف ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ کلائی یا فٹہ قلب پھیپھڑوں کے نفلخ سے بکلم چھپ جائے۔ مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ معنی رکھتا ہے کہ بایاں بطین بیش پروردہ (hypertrophied) ہے۔ اس طرح بیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی مستنبط کی جاسکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔

دائیں بطین کی بیش پرورش کے امارات چپ جانبی بیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ثراسیف (epigastrium) پر ایک انکماش صدم (systolic impulse) نظر آئے، بچوں اور ڈبلے پتلے افراد میں جب ہاتھ کو ثراسیف میں اور بائیں ضلعی ماسیہ کے نیچے رکھ کر اوپر کو گھمایا جاتا ہے تو دایاں بطین حقیقتاً اس کے پاس ضرب لگاتا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ضربتہ الراس (apex beat) بھی کسی قدر بائیں طرف کو منتقل ہو گئی ہو اور پیش قلبی اصمیت بڑھ گئی ہو۔

استماعی امارات پر غور ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

دائیں اور بائیں بطین کی اضافی بیش پروردگی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۳۷ اور ۳۸)۔ راستہ جانبی غلبہ میں صم انصراف (S. deflection) پہلی تقوید (Lead I) میں، اور ال انصراف (R. deflection) تیسری تقوید میں بڑھ گئے ہیں، چنانچہ اشکال کے اندر بطینی علامتات

(ventricular complexes) "ایک دوسرے کی طرف رخ کئے ہوئے ہیں" (شکل ۳۷)۔ چپ جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور "علامتات ایک دوسرے سے صُخ پھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۳۸)۔ لیونس (Lewis) اور کٹن (Cotton) نے بیش پرور کے اس طریقہ تشخیص کی صحت اس وقت ثابت کر دی جب کہ اس نے موت کے بعد قلب کی تقطیع احتیاط کے ساتھ کر کے دائیں بطن کو بائیں بطن سے علیحدہ کرنے کے بعد دونوں کے وزنوں کا مقابلہ کیا۔ لمبی مثالوں میں بائیں بطن اور دائیں بطن کے درمیان تناسب ۱:۱ بمقابلہ ۱ تھا۔ نمایاں مطرانی تنگی (mitral stenosis) میں وہ ۱:۲.۵

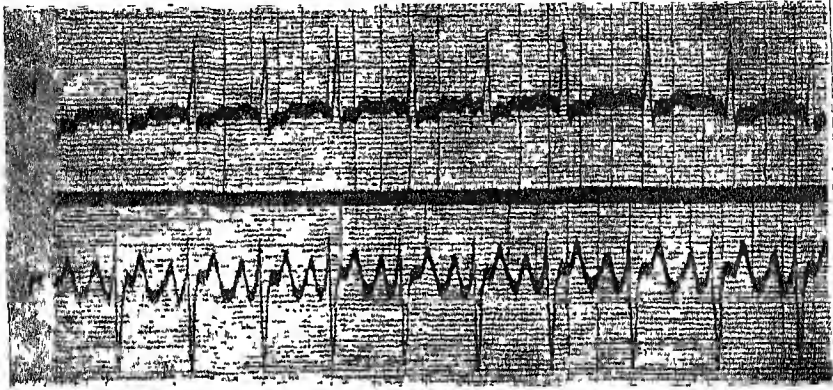


شکل ۳۷۔ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کے ایک مریض سے حاصل شدہ
راست جانبی غلبہ۔ (جے۔ ایم۔ ایچ کیا مبدیل)۔

بمقابلہ ۱ تھا، جس سے دائیں بطن کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور لمبی مرض میں آٹھ اصابتوں میں چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات اصابتوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُس قدر نمایاں تھی جس قدر کہ بائیں جانب کی۔ رخنکی التهاب گردہ (interstitial nephritis) کے ہمراہ پانی جانے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت اوسطاً ۲:۱ بمقابلہ ۱ تھی۔

لاشعاعی امتحان سے ممکن ہے کہ ایک زور سے فعل کرتا ہوا بیش پرورہ بایں بطن نظر آئے یا زیریں وائیں حصہ قلب پر ایک نبضان نظر آئے جو کہ ایک بیش پرورہ

و آئیں بطین کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن قلبی سایہ کی جسامت اور شکل بیش پرورش اور اتساع کے درمیان امتیاز کرنے کا موقعہ نہیں دیتی۔ اس قسم کے ذرائع سے دریافت ہوا ہے کہ قلب کی جسامت، بیٹھکر کام کرنے والوں کی نسبت پہلوانوں میں زیادہ ہوتی ہے، اور انڈرگریجویٹس (undergraduates) کے ایک گروہ میں یہ پایا گیا کہ



شکل ۳۔ اور ملینیت اور بازوی (aortic stenosis and regurgitation) کے ایک مریض سے حاصل شدہ چپ جانبی غلبہ۔

جب وہ باقاعدہ مشقت آمیز ورزش کے عادی ہو گئے تو ان کے قلب کی جسامت بڑھ گئی۔ جسامت کی یہ زیادتی غالباً بیش پرورش کے باعث تھی۔

اتساع

(dilatation)

بحث اسباب۔ اتساع کی اصطلاح کا اطلاق، قلب کے کہنوں کی جسامت کی زیادتی پر کیا جاتا ہے جو دوران انبساط (diastole) میں واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بعض امراض یا حالتوں میں بطین اپنے مافیہ پرکٹی طور پر منقبض نہ ہو سکے، جس کا نتیجہ یہ ہو کہ کچھ پس ماندہ خون (residual blood) باقی رہ جائے، لیکن اس کے متعلق انسان میں ہم کو یقینی طور پر کچھ بھی نہیں معلوم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ ”قلب ششی تجہیز“

(“heart lung preparation”) میں یہ تجربہ واقع ہو جائے (Starling)۔

امراضیات۔ اتساع کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) اورطی اور مطرانی باز روی (aortic and mitral regurgitation) کا تعویضی اتساع (compensatory dilatation) جو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص گوشک خون کی طبعی مقدار کے علاوہ (جو اس میں شش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے بھجادی جاتی ہے) باز رفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے۔ یہ حالت اس امر کے تناقض نہیں ہے کہ عضلہ قلب بالکل تندرست ہو۔ (۲) پھر وہ اتساع ہے جو باؤ کے باعث بطینی دیواروں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا فسل تعویض ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلی قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو ملاحظہ ہو) اسٹارلنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اتساع کی یہ دوسری قسم بھی ایک تعویضی میکانیت ہو سکتی ہے، جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت بخشتی ہے کیونکہ قلب کے عضلی ریشہ کا ارتخاء (relaxation) جتنا زیادہ ہو، ضرب اتنا ہی زیادہ قوی ہوگی۔ اسے ”قانونِ قلب“ (”Law of the Heart“) کہتے ہیں۔

قلب کا خفیف سا اتساع عضلی ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے لیکن لاشعائاً شہادت کی بناء پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جسامت بہ نسبت اس کی سکونی جسامت کے کس قدر چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس یہ پایا گیا ہے کہ آغاز پذیر فسل قلب کی اصابتوں میں قلب عضلی ورزش کے بعد اتساع ظاہر کرتا ہے۔

مرضی تشبیح۔ قلب کی جسامت اور شکل پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کہنے متعلقہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گلوبوچہ نما ہو کر عموماً چوڑا ہو جاتا ہے۔ قسح بایاں بطین بایں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ جب دایاں بطین زیادہ قسح ہوتا ہے تو قلب کی مثلثی شکل جاتی رہتی ہے، وہ زیادہ گلوبوچہ نما ہو جاتا ہے اور اس تمام تر بایں بطین سے بننے کے بجائے جزو دائیں سے بھی بنتا ہے۔ دیواروں کی مہارت کا انحصار اس پر ہوگا کہ اتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں۔

اتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلا پن موجود ہوتا تو طبیعی دیواریں گھٹک پانچ کے برابر اور اس پر اس سے بھی کم ہو سکتی ہیں، لہذا اس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے۔ اذینی بطینی دہنے اتساع میں شرکت کرتے ہیں، اور اکثر ان کے مصراعوں کی عدم کفایت (incompetence) پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اتساع واقع ہو جائے، اور اس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کسی قدر بیش پروورش موجود ہوتی ہے۔

طبعی امارات۔ قلب کی بڑھی ہوئی جسامت [جیسی کہ پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھائیں کی کلائی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پروورش، یا اتساع، یا ان دونوں کے امتزاج کے باعث ہو سکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر ان طریقوں سے کوئی بہت بڑی کلائی مشاہدہ میں آئے تو وہ خامسکرت اتساع کے باعث ہوتی ہے۔ کوئی کلائی جو عظم نقص سے دائیں جانب ہو اذینی اتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اذینی دیوار، اگرچہ وہ شین ہورڈ بھی ہو، تاہم بالکل پتلی ہوتی ہے۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اتساع ہوا کرتا ہے۔ لیکن مطرانی مرض کی متعدد اوصاف میں، جن میں بائیں اذین کی بے انتہا کلائی ہوتی ہے، بائیں اذین نے حقیقتاً قلب کا دایاں کنارہ بنا دیا ہے (11)، کیونکہ دایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلائی یافتہ ہوتا ہے۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قمع اذین پر انخیاں رکھ کر اکثر ضرب قلب کو محسوس کر لینا ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اتساع مری پر دباؤ ڈالکر عسر البلع (dysphagia) پیدا کر دے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈالکر بظاہر بائیں حجاب عاجز کا استرخار بھی پیدا کر دے، جو اقام الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں شش کے زیریں حصے کو یا بائیں شجنتہ کو دبا کر بچکا کر دے، یا بائیں مبل الصوت (vocal cord) کا شغل پیدا کر دے۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (آنہویہ) کی طرف منہ کرے اور اپنا دایاں شانہ شاہد کی طرف رکھ کر ترچی وضع میں کھڑا ہو تو اس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پردے پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر ہیریئم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹتی ہوئی نظر آئے گی۔

بطینوں کا اتساع، بیش قلبی امیستہ (præcordial dulness) اور
لاشعاعی چھاؤں کی زیادتی عظم القصر (sternum) کے بائیں طرف پیدا کرتا ہے۔
انتہائی امیبتوں میں یہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے اور مقدم القلب
بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ منتشر اور کمزور ہو۔ بائیں بطین کے
اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماشنی خمریر (systolic murmur) موجود ہوتا ہے جو
مطرائی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں
بطین کا اتساع اکثر شلشی بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کرتا ہے۔

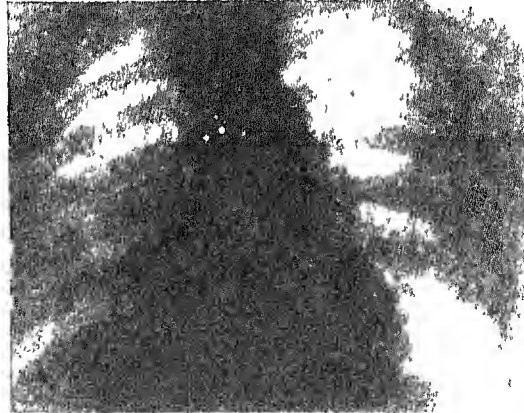
252

تعویض (compensation) کا فشل

فشل تعویض، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست
جانبی یا چپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبتاً حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔
امراضیات - تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت
ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پمپوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ
جتنا زفیر کے ختم پر، نیز یہ کہ مزمار بند کر کے زور دار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور
پمپوں سے خون کے معتقن ہو جاتے ہیں [ملکر (Muller) کا تجربہ]، حالانکہ مزمار بند کر کے
زور دار زفیر کرنے پر یہ خون سے خالی ہو جاتے ہیں [والسلوا (Valsalva) کا تجربہ]، جیسا
صفحہ نمبر ۱۱ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں
بطینوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ایک
دی ہوئی مدت کے اندر، پمپوں میں دائیں بطین کی برآمد اور نظامی دوران خون
میں بائیں بطین کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو
پمپوں سے خون سے محروم یا معتقن ہو جاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربہ میں یہ خون سے
محروم ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بطین کو پمپوں کے اندر ایک بلند
مثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بطین کے مقابلہ میں اس کا عارضی طور
پر فشل ہو جاتا ہے۔ ملکر کے تجربہ میں دائیں بطین کو منفی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پمپوں
میں اس سے زیادہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بطین کے ذریعہ خارج



الف۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ (والسلو کا تجربہ)۔ سانس کو روک کر تسد کے خلاف زور دار زہیر کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ نبض کلائی محسوس نہیں کی جاسکتی تھی۔ لیکن پروہ پر سایہ ڈالنے پر قلب خفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا۔



ب۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ سانس کو روک کر تسد کے خلاف شہیق کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ (جی۔ پی کروڈن G. P. Crowden) کا مشاہدہ جو مجلہ شفا خانہ کائی سے طبع کیا گیا۔

ہو سکتا ہے۔ یہ احتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے۔

عضلی قلبی اخطاط کے ایک مریض پر ایک مسدود دوری تنفسی آلہ کے ذریعہ مشاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی دور کا ایسا احتقان ہو کہ حاد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی محنت کی اثناء میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہو گیا، اور اس صورت حالات کو کسی جین کے ذریعہ تسکین ہوئی (10)۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا حاد چپ جانبی فشل مقابلتہ بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر تاخیمی فعل (vagal action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبتوں کا شنج واقع ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں، جبکہ استلا کے بعد اُذیا واقع ہو جاتا ہے، چھوٹے چھوٹے شہتی ہانپوں (gasps) سے منقطع ہونے والا طالت پذیر گھنگرو دار زیر واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک محافظ میکانیہ ہے کیونکہ طالت پذیر زیر پھیپھڑوں کے اندر دباؤ کو زیادہ کر دیتا ہے اور اس طرح بیش فعال دائیں بطن کو روکتا ہے، نیز دروں ریوی دباؤ کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ ممکنہ مدت تک چھوٹا ہو جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ چپ جانبی فشل میں پھیپھڑے متاثر ہوتے ہیں ابتدائی درجوں میں محض پھیپھڑے کے وریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد از معمولی (fulness) ہوتی ہے۔ مزید برآں اکثر حوائی حوصلات اور دقیق شعبی انبویات کے اندر مصل کا عجز ارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اس سے زردی اُمل یا تقریباً بے رنگ جھاگدار مائع کی ایک مقدار نکلتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں شش کے ماؤف ترین حصے ٹھوس، لوچدار، بے ہوا، خون زادلون کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں بھورے اور یکساں طور پر چکینے ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو قلبی شش (heart-lung) یا بھورا تصلب (brown induration) کہا جاتا ہے۔ بھورا تصلب اور معمولی اُذیا دونوں بالخصوص زیریں لٹھوس کے قاعدوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ دوران خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر پھیورائی کہف کے اندر سیال کا کب قدر عجز ارتشاح (استسقاء صدر = hydrothorax) واقع ہو جاتا ہے، اور شعبی التهاب، ذات الریہ، یا ذات الجنب کی شکل میں شش کے الہابی ضرات کا میلان پیدا ہو جاتا ہے۔ ان اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں جو کہ لازماً

دو جانبی ہو۔ ارتشاعات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ جلد صریض لیٹتا ہے۔

رأست جانبی فشل میں زیر جلدی بافتوں کا عمومی اُذیا ہوتا ہے، جو کہ استسقاءئے کلی کہلاتا ہے۔ افقی وضع میں متلی شدہ اور استسقاءی رقبہ دھڑ میں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے ازدیاد کے ساتھ ساتھ محیطی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ استسقاءئے سراقی اور باریطونی استسقاء بھی موجود ہوتے ہیں۔ استسقاء دھڑ میں وریدیں، جاذبہ کے آخر کے تحت، مجتمع خون سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے صرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں متلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں، اور ٹخنے بڑھی ہوئی برآمد کی وجہ سے پھول جاتے ہیں۔ سر اور بالائی حصے، بڑھے ہوئے لمبی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر سر اور بازو نیچے کو لٹکے ہوئے ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں۔ ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں متلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح دونوں ٹانگیں ساری کی ساری، اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے تقریباً تمام جسم کی وریدیں اس طرح متاثر ہو سکتی ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم یہ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو مذخور رکھے، کیونکہ گردہ اپنی مثلاًئی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54)۔

کبدی وریدیں تختانی وریداجوف کے اندر دائیں اذین سے استقدر قریب واہوتی ہیں کہ مرض قلب کا اثر جو کہ دوران خون پر آسانی سمجھ میں آسکتا ہے۔ مگر بہت بڑا ہوتا ہے، اور رنگ میں نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں سرخ، زرد، اور سپید دھتوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر جو نری جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے۔ تراشنے پر ہر ٹھٹک میں ایک بڑھی ہوئی کبدی ورید کی بیٹک (rootlet) جاگزیں نظر آتی ہے، جو عوضاً کٹ گئی ہے، اور ٹھٹک کا متصل مرکزی منطقہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے۔ اس سے باہر ایک زرد رنگ کا منطقہ ہے جو اس کے اندر صفرا، مچوس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے۔ لیکن ٹنک کا بیرونی منطقہ سپید یا رمادی رنگ کا ہے، جو خوردبین کے نیچے ایسے خلیوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ قسحی انخطاط کی حالت میں ہیں۔
گرد ہے۔ یہ متلی ہوتے ہیں اور اس وجہ سے نسبتاً بڑے اور سیاہ رنگ کے۔
لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت امتلاء کی وجہ سے لیفی بافت کی کچھ مقدار نمایاں ہو جائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذراتی حالت پیدا کر دے۔

طحال سخت اور معمول سے زائد سیاہ ہو جاتی ہے، اور اگرچہ اس کی جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آنت کا امتلاء، طحال کے امتلاء کی طرح، بلاشبہ مگر کے امتلاء سے ثانوی طور پر ہوتا ہے، کیونکہ ان احشاء سے مانخوذ وریدیں خود کو بانی ورید (portal vein) کے اندر خالی کرتی ہیں۔ غشائے مخاطی متلی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑا تمدد، اور بعض اوقات غشائے مخاطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

عضلہ قلب کے امراض

التهاب عضلہ قلب

(myocarditis)

التهاب عضلہ قلب یا تو حاد ہو سکتا ہے یا مزمن۔ مزمن التهاب عضلہ قلب (chronic myocarditis) محض لیفی تغیر کے آخری درجہ میں شملت ہو سکتا ہے، اور اس کا ذکر لیفی انخطاط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہو اگلا صفحہ)۔
حاد التهاب عضلہ قلب (acute myocarditis) بیشتر حمی ورماتوز کے جزو کے طور پر التهاب پٹاء مور (pericarditis) یا التهاب قلب (endocarditis) کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلہ قلب کسی بھی حاد بخاریں مانوف ہو سکتا ہے، اور خناق و بانی (ملاحظہ ہو) میں علامات سب سے زیادہ مہینر

ہوتے ہیں۔ عضلہ قلب کا ایک زیادہ مقامی التهاب اکیلی علقیت اور خبیث التهاب وں قلب (malignant endocarditis) سے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں ایک مصراع کا تفریح اُس کے قاعدے تک پھیل کر پھر عضلہ پر حملہ آور ہو جاتا ہے۔ یا جس میں نابتات یعنی روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جدا شدہ ریزے فرک یا تماس کے ذریعہ درو قلب کے متصل حصوں میں تفریح پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ عضلہ قلب کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ایک تیسری قسم تیفی التهاب عضلہ قلب (suppurative myocarditis) ہے، جو خاص کر تفسخ الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جرم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے ہو جاتے ہیں، جو زیادہ تر باکٹیریا کی دیوار میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ تادمور سے اس قدر قریب پہنچ سکتے ہیں کہ اُس کے کہنے کے اندر پھوٹ کر حاد التهاب تادمور پیدا کر سکتے ہیں۔ اس قسم کا التهاب عضلہ قلب اکثر حاد التهاب لب عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے اور اس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے، لیکن انداز تقریباً ہمیشہ یا اس انگیز ہوتا ہے۔

انحطاط عضلہ قلب

انحطاط لونی (pigmentary degeneration) - (بھورا ذیل قلب

= brown atrophy of the heart) - قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اُس کے عضلی ریشے بجائے کامل سرخ رنگ کے ہونے کے دھندلا بھورا سا سرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدرتی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ نمستہ (friable) ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے ریشکوں (fibrillae) کے اندر متعدد باریک زرد وزرات نظر آتے ہیں۔ انحطاط لونی شیخوخی (senile) اور ضعفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دو برے اعضا کے مرض خبیث کی مہلک اصابتوں میں عام ہے۔

254

شحمی انحطاط (fatty degeneration) - عضلی ریشوں کے اس تغیر کی تفریق چربی کے اُس جماؤ سے کرنی چاہئے جو قلب کے گرد ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تادمور کے نیچے معمولی شحمی بافت کا جماؤ ہو جاتا ہے، اور یہ عضلی ریشوں پر اسوجہ سے حملہ آور ہوتی ہے کہ ان ریشوں کے درمیان کی تو صیلی بافت کے خلیے چربی سے

لدے ہوئے ہو جاتے ہیں۔ اول الذکر حالت یعنی حقیقی شحمی انحطاط میں عضلی رینک خور دقیق شحمی ذرات کا مستکن ہو جاتے ہیں، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انقباض پذیر بافت کو تلف کر دیتے ہیں۔ حقیقی شحمی انحطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہو جائے، یا شحمی تغیرات ایک چھوٹی جگہ تک محدود ہوں یا اس تک جو تا دیور کے نیچے واقع ہے، جیسا کہ التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے، یا یہ انحطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو۔ جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبت زیادہ نرم ہو جاتا ہے وہ زیادہ آسانی کے ساتھ وریدہ (lacerated) ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ پھیکا گلابی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤف عضلی بافت کے ڈھیلا پڑ جانے کی وجہ سے وہ معمول کی نسبت کی مقدار زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں جمتی ہے تو اس سے ایک میز شکل پیدا ہو جاتی ہے، اور پھیکے زرد رنگ کے خطوط نسبت زیادہ سیاہ ترخ عضلہ پر اکثر ایک چمت کبری بلی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر عضلات ملیبیہ (musculi papillares) پر دونوں بطینوں کی پچھلی دیواروں پر، اور دائیں بطین میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں۔ شحمی انحطاط بیش پروردہ قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اسوقت بھی موجود ہو سکتا ہے جبکہ عضلہ طبعی رنگ کا ہو۔

بحث اسباب۔ قلب کے شحمی انحطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ انحطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیسا کہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اس کے ساتھ آتھروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے ہمیشہ اکیلی شراہین (coronary arteries) کا تنہد ہوتا ہے، جس سے دیوار قلب کا تغذیہ کم ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس شحمی انحطاط متلف عدم دمویت (pernicious anemia) میں ہمیشہ، اور عدم دمویت کی دوسری قسموں میں اکثر پرتیورا (purpura) اور اسکروی (scurvy) میں، اور ضعفی حالتوں، جیسے کہ سلی ریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس، اور بعض معدنی اشیاء (سیسہ، نرہ، سنکیا) کے قسم میں اور مزمن الکھلیت میں۔ بیشتر عام عمومی امراض میں، عضلی ریشوں کی

ایک دقیقہ ذرا قی حالت کی وجہ سے، قلب کا قوام تبدیل ہو جاتا ہے، اور یہ حالت غالباً شحمی انحطاط سے جدا گانہ نہیں۔ تب معویہ اور ٹائفوس (typhus) میں 'زرد بخار' خناق وبائی، چیچک اور کسمر میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انحطاط التهاب عضلہ قلب (myocarditis) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طویل المدت مصرعی مرض اور گرنے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شحمی بیش بالیدگی یا درختگی، سابق میں یہ ایک جداگانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے لدا ہوا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی دیواروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ فریبی کی امتیازی خصوصیت ہے اور اسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انحطاط (fibroid degeneration) - انحطاط کی اس قسم میں قلب کی جگہ سپیدی فی یا تو فیلی بافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مائل سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چکٹیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ثلث، فاسل کے زیریں ایک ثلث، عضلات جلیبہ، اور بعض اوقات مرضی مصراعات کے قاعدوں کو ماؤ کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمام تر لیفی ساخت میں تبدیل ہو جاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خوردبینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آ جاتے ہیں۔ لیفی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پروردہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تنسج بھی ہو، یا منقسم تاءور (adherent pericardium) رکھتا ہو۔ دیوار قلب کا ماؤف شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو ابھر کر ایسا نکلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں انورسما بنا دے۔

بحث اسباب - لیفی انحطاط اکثر روماتزمی التهاب عضلہ قلب

(rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں اصابتوں میں اس کے ساتھ تاءوری (pericardial) یا دروں قلبی (endocardial) ضراست کی موجودگی بعض اوقات اس کے التهابی مبداء کو ظاہر کر دیتی (مزمن التهاب عضلہ قلب = chronic myocarditis، ریشہ کی التهاب عضلہ قلب = interstitial)

(myocarditis)۔ اس کے برعکس تَلِیْفِ قَلْب (fibrosis of the heart) اکثر اکیلی شریانیں کی مسدودی کے بھی باعث ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شمی انخراط کے ساتھ متلازم ہو۔ ان حالات میں خون کی رسد فاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے۔ آخر الذکر عضلہ مذبول ہو کر اُس کی جگہ شمی یا لیفی بافت لے لیتی ہے۔ اگر اکیلی شریان کی مسدودی خاصی تیزی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے تو شمی انخراط پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر مسدودی زیادہ مزمن ہو تو لیفی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے۔ قلب میں تلیف اکیلی علقیت یا افعام (infarct) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہو سکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شمی التهاب انفخ (chronic bronchitis) مرض برائٹ، اور شریانی صلت (arterio-sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیفی انخراط الکلیت یا طویل المدت استلا (congestion) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

آتشک۔ اس مرض کے ضرات التهاب شریانی (arteritis) لیفی ندبہ (الشکی التهاب عضلہ قلب = syphilitic myocarditis) لیفی تودوں، یا واضح صمغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ صمغیہ صمغی (cheesy) ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہو رہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اُسی طرح مائوف کرے جس طرح کہ ارادی عضلات کو اور اس پاس کی قدر التهاب پیدا کرے۔ صمغیہ (gumma) عموماً بطینوں کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے اُن علامات کے جو عضلہ قلب کے انخراط کے عنوان کے تحت بیان ہو چکے ہیں، وہ اور کوئی متمیز علامات نہیں پیدا کرتا۔ بعض اوقات اذینی بطینی بندل (A. V. bundle) مائوف ہو کر علامتیہ آئیڈم اسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کر دیتا ہے۔

تدرن (tubercle)۔ التهاب تادمور کے تعلق میں دَرَنوں کا بننا شاذ نہیں۔ جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیدی مائل رمدی، یا زردی مائل آریکا (granulations) کے طور پر، بیشتر تادموری کہفہ کی تھوں کو جوڑنے والے تادموری لف یا غشائے کاذب کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقتہ حشائی تادمور (visceral pericardium) کی تہ کے نیچے پائے جاتے ہیں۔ وہ عمومی تدرن کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تدرن موجود ہو۔ ان حالات میں تشخیص صرفاً التهاب ہو

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے علاوہ ایک الہتاپ دموڑ جو تدریجی نہیں ہوتا، سلی ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ڈرنہ کے جدا جدا ہماؤ (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

انحطاط عضلہ قلب کے علامات - ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیش قلبی درد موجود ہو، جو ورزش کے بعد معلوم ہو، یا واضح ذبحی حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض مافی حلول (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائیں، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنجات ہوں، لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکا نیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی مسروری (heart-block)، یا عصب تائیہ کا ہیجان (vagal stimulation)۔ اشتہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سوہضم کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انہیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریافت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگذشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدی علامات کا اولی سبب قلب ہے۔ طبعی امارات جو عضلہ قلب کے انحطاط سے منسوب کئے جاتے ہیں یہ ہیں:-

کمزور صدم القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اور پلی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدت آواز کی اس کمی کی وجہ سے سماع الصدر کے ذریعہ امتحان کرنے پر آوازیں ٹپک ٹپک نوعیت کی (tic-tac character) ہو جاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انبساطی وقفہ کے اضافی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی الفصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب تنفس پایا جاتا ہے۔ حال ہی میں عضلہ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ

میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ عمر والے ہوتے ہیں۔ انہیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداء محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر بہہور (dyspnoeic) ہو جاتے ہیں۔ بعض مریضوں میں چین اسٹوکس کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے، اور بعض دوسرے

مریضوں میں بے انتہا گستہ نفسی کے ناگہانی حملے ہو جاتے ہیں، جو خاص کر رات کے وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی ۵ ملہ (cardiac asthma) کے نام سے بیان کئے جاسکتے ہیں۔ دوری بھر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کی قدر بے قاعدہ چین سوکتنفس کی بھری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتصابی تنفس (orthopnea) موجود ہو یا نہ ہو۔ زراق ممتاز طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اس کی مقدار اتنی نہیں ہوتی کہ جو بھر کی توجیہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکانیت طبعی ہو، لیکن عام ہیقاہدگیاں، جیسی کہ وہ جو قلبی مسدودی، اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation)، متزاد انقباضات، اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہو سکتی ہیں۔ قلب جسامت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ خیرات (murmurs) موجود ہو سکتے ہیں۔ جسمانی تنش درجہ طبعی سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فٹل قلب کے ترقی یافتہ امارات جیسے کہ استقائے کلی (anasarca)، پھیپھڑوں اور جگر کا املا، موجود ہو سکتے ہیں۔ خون میں یوریا (urea) کا کی قدر احتیاس (retention) ہوتا ہے، لیکن اس کی قدریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنی زیادہ سے زیادہ ۱.۵ فیصدی اور عموماً ۰.۵ فیصدی (طبعی قدر ۰.۳-۰.۵ ہوتی ہے)۔ آلبیومین بولیت مع سبائٹک (casts) کے موجود ہو سکتی ہے، اور تا وقتیکہ وریدی رکود (venous stasis) کے امارات موجود نہوں، قارورہ حجم میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ امتحان بعد الممات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی ترقی یافتہ اکیلی صلابت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی غوطہ بھی موجود ہو۔ گردے عروق کی دبازت اور کی قدر تلیف (fibrosis) ظاہر کرتے ہیں، جو اکثر ایک چکیتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گولیکیں (glomeruli) اکثر متلی اور بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گولیکوں کا وسیع انطاس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن خشکی الہتہا کیے میں اس وقت ہوتا ہے جبکہ مریض تسم بولی (uræmia) سے مرگیا ہو۔ بعض اوقات ان مریضوں کو قلبی کلوی امصابتوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گردے ہمیشہ کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں، اور شینوخی شریان صلابتی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

ہیں، تاہم یہ مرض کا اہم سبب نہیں ہوتے۔ احتباس یوریا، ۲۰ یا ۳۰ فیصدی کے کامل قسم یوپی عدد تک کبھی نہیں پہنچتا۔ لہذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ غلطی اور عضلہ قلب کی اسباب تک پہنچ کر کہ قلبی دسمہ یا دوری بہر پیدا کرتی ہیں۔

نہرو ریشالوں میں شریانی خون کے اندر CO_2 زیادہ ہو جاتی ہے اور ممکن ہے شریانی خون کا آکسیجنی مافہ کم ہو جائے۔ اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ جہر، جو ممکن ہے کہ انتہائی درجہ کا ہوا شریانی شریخ سے پیدا ہو جاتا ہے (14)۔ اس رائے کی بنا پر اس قسم کی اسباب کے لئے ذمہ (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ لیکن خالص قلبی جہر، مثلاً مٹرائی ضیق (mitral stenosis) میں زیادتی تنفس کی وجہ سے CO_2 کم ہو جاتی ہے (41)، اگرچہ بعض اسبابوں میں CO_2 قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی امتلا ہے جو کہ پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ حالیہ تجرباتی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ، کم از کم بعض اسبابوں میں اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بطن کے اضافی فٹل سے ریوی امتلا اور تہج واقع ہو جاتا ہے (13)۔

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے۔

انشقاق قلب

(rupture of the heart)

یہ نضر کے علاوہ زیادہ تر شریخی انحطاط یا لیفی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اکیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلہ قلب میں نرف کا باعث ہو کر قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو۔ اسبابوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک چھوڑا، خبیث الہتاپ درون قلبی (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے، اور علی العموم مصلی صحت کے بعد ہوا کرتا ہے۔ درج شدہ اسبابوں میں سے تین چوتھائی میں متاثر شقاق بائیں بطن تھا۔ مریض پر یکایک درد قلب کا حملہ ہو جاتا ہے، جس کے بعد جلد ہی تشوہ (pallor) بے ہوشی، چند تشنجی جھٹکے (convulsive twitchings) ہو کر موت واقع

ہو جاتی ہے۔ شاذ اصابوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور نفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

قلب کا انورسما

قلب کے انورسے مادیا مزمن ہو سکتے ہیں۔

حاد انورسے دیوار بطن کے تقرری التهاب مدون قلبہ (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہو جاتے ہیں، کہ جس طرح نصیبت التهاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) یا فضا کے غیر محفوظ، نیز مصراعات کے انورسما کا کبھی قدر اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاجہ انورسمائی بائیں بطن کی طرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دوران زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورسے عموماً لیفی انعطاط کے سلسلہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شدہ کہنف، اپنے عضلی ریشے کے لیفی بافت میں یوں تبدیل ہو جانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑ جاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے تقس ہو کر ایک تاجہ بن جاتا ہے۔ بائیں بطن انورسمائوں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہنفوں کے انورسمائوں کی صرف چند ہی مثالوں کا اندراج ہوا ہے۔ تین اصابتوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاجہ بنا دیتے ہیں، ممکن ہے ان تاجوں اور بطن کے درمیان کا راستہ اسی جسامت کا ہو جو خود تاجہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتاً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہو جاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنی یہ کہ انورسما کہنف بطن کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ آخر الذکر قسم جو زیادہ تاجہ (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطن کے پہلو پر یا قاعدے میں واقع ہوتی ہے۔ جسامت میں ان کا مقابلہ خشک سپاریوں (nuts)، مرغی کے انڈوں، یا چھوٹے سنگتروں سے کیا گیا ہے۔ چند اس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ انکی

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادے سے درخیختہ ہوتی ہیں۔ ان میں دروں قلبہ کا استر ہوتا ہے، اور ان کے اندر بیشتر فائبرینی رُوبہ (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عمر میں پائے گئے ہیں، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکیلیلی ٹسر اٹھیں گے اور سسے بھی ملے ہیں۔ یہ غالباً ایک سدا (embolus) کے پیچھے ٹھہرانے کے نرم ہو جانے اور پھر نتیجۂ آس کی کلائی واقع ہو جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موجود ہوں تو ان اصابتوں میں جہاں انورسا عضلہ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی استھان تشخیص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ اصابتوں کے نہایت بڑے تناسب میں تاہم مور کے اندر انورسا کا دفعۂ انشقاق ہو جانے سے موت واقع ہو گئی ہے۔

نوبالیدگیاں اور طفیلیا

نومایہ (neoplasm)۔ قلب پر اس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے، بالخصوص لمفی سلعہ (lymphoma)، لحمی سلعہ (sarcoma) اور میلانینی (melanotic) سرطان سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غد کے لحمی سلعہ یا لمفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہو جاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ آوردہ پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور تاہمور کے نیچے گڑبکی ارتفاعات کے طور پر نسیاں ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلسلہ جسم کے کسی دوسرے حصے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اتولی جماؤ کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک اصابت میں، جس میں سلعہ دائیں بطن اور ریوی فحہ پر حملہ آور ہو کر ان کو جزعہ میلموس کر چکا تھا، تسلسل شدید زراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی زیادتی نہ تھی، [چنانچہ کثرت خلیات احمر (polycythæmia rubra) خارج از بحث تھی] اور سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphaemo-globinaemia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اس حالت کے میز ہوں نہیں موجود ہوتے بعض اصابتوں میں اس کا استنباط محض ایک دروں صدری بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جاسکتا۔ والٹش (Walshe) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں انہیں اذین کی اگلی دیوار کے سرطمان میں مبتدل ہو جانے کے باوجود ایسی کوئی سرریاتی شہادت موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے۔

طفیلیات۔ کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیسیٹی (hydatid cysts) نمو پانے لگی ہو کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تھامور کی سمت میں یا کسی ایک کہفہ کے اندر ابھر آتے ہیں۔ یہ دویرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ ان کے اندر دخترہ ویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں۔ قلب پر ان کے اثر کا انحصار بلاشبہ اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔

خزیری فیتہ (taenia solium) کا انبان ذنبیدہ (cysticercus) بھی بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے۔

حمی روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

تپ روماتزمی ایک حموی مرض ہے، جس میں یا تو مفاصل کا یا قلب اور اس کی جھلیوں کا، یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ حاد التهاب واقع ہو جاتا ہے۔ روماتزمی عوارض جو حاد اور تحت الحاد روماتزم اور زفن (chorea) پر مشتمل ہیں، بوجہ اس تضرر کے جو ان سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

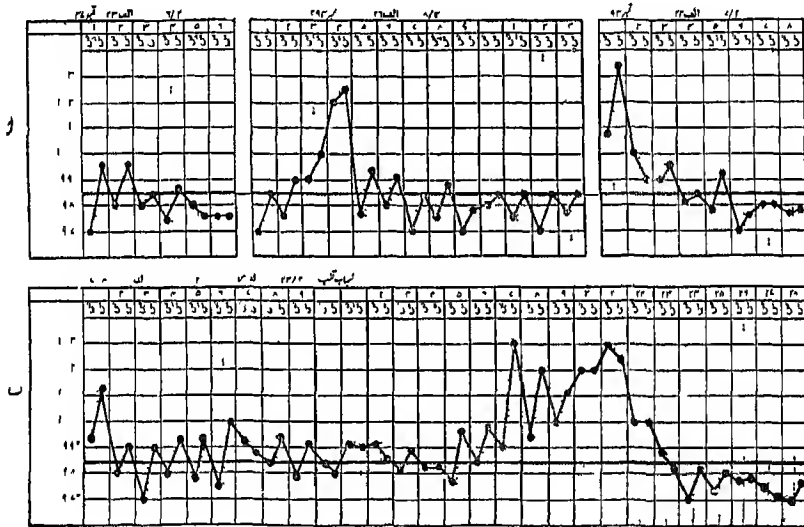
لے۔ روماتزم اور رومیک کے الفاظ ایک یونانی لفظ آر سے ماخوذ ہیں جسکے معنی اپنا ٹکے ہیں، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کنٹار (نازلت) سے تعلق رکھتا ہے۔ رومیک بخا یا حاد روماتزم کو ان مریضوں کے لئے استعمال کیا جاتا ہے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں۔

نہایت شدید خطرہ کا باعث ہوتے ہیں۔

سمت اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیر خواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مریض حال اشخاص میں نادر الوقوع ہے، اور نہایت مفکوک الحال اشخاص کو بھی غیر متاثر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ آبرودار کاریگروں کی جماعت، چٹھی ریلوں کے ملازموں وغیرہ میں عام ترین ہے۔ یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ موروثی، کیونکہ جب ان کے بچوں کی تشدید (segregation) ملازمین صنعت و حرفت میں کر دی جاتی ہے تو ان پر اس کا حملہ نہیں ہوتا، اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں ویائیں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ شک غذا پر پڑتا ہے اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی شخصیں نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں، لہذا اس سے حیامن الف اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے۔ اس بنا پر مادیات مائتزی (rickets) کے ساتھ مماثلت رکھتا ہے، چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ جس میں کساح ختم ہو جاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور نمی کی طرف اشارہ کرتی ہیں، اور سرمائی مہینوں میں اس مرض کا وقوع عام ترین ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حرارت جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اثر و عام سے پیدا ہو جاتی ہے ان عوامل کو بے اثر کر دے۔ ملازمین مادیات مائتزی شاذ ہے۔ چونکہ یہ مرض عموماً براؤ خلق داخل ہوتا ہے، یہ پایا جاتا تعجب خیز نہیں کہ یہ حمی قرمز (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

اھراضیات۔ اس بیان کی بہت کچھ تائید کی جاسکتی ہے کہ مائتزی تپ کا سبب عامل ایک خون پاش نبتہ سببیہ ہے۔ یہ ایسی رائے ہے جس کا منبع پائٹن (Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے۔ کبھی کبھی نبتات سببیہ تحت الجلدی گرہوں سے زفن (chorea) کی ہلک اصابتوں میں دماغی نغاعی ستیاں سے، اور خون سے علاحدہ کئے گئے ہیں۔ حال ہی میں غیر معمولی خصائص کے نبتات سببیہ کی طرف توجہ مبذول ہوئی ہے، جو مادیات مائتزی اور کوریڈا میں خلق سے علاحدہ کئے گئے ہیں۔ انکو قلبی مفصلی التهابی نبتات سببیہ (streptococcus cardioarthritidis) کا نام دیا گیا ہے۔ ان اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں مفصلی ستیاں اور خون کا

کرنے پر عقیم پائے جاتے ہیں، چنانچہ اسی وجہ سے زمانہ ماضی میں اس مرض کے جراثیمی مبداء کے متعلق بے اعتمادی تھی۔ خون پاش نبقہ سبجیہ اور حاد روماتزم کے درمیان قریبی رشتہ ہونے کا ایک زیادہ اہم ثبوت، ہسپتالوں اور اسکولوں میں متعدی سوزش حلق کے عواقب (sequelæ) کے مطالعہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر سبب عامل ایک خون پاش نبقہ سبجیہ ہی ہو، اور دوسرے محض یا مثلاً نبقہ عنقیہ خود نبقہ ناسر لیتی وغیرہ نہ ہوں تو مریضوں کو اسے لیکر ۲۱ دن تک کی مدت کے بعد حاد روماتزم ہو جاتا



شکل ۳۹- تین لڑکوں کے نقشے کہ جن کو خون پاش نبقہ سبجیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی۔ ب نقشہ ایک لڑکے کا ہے اس کو بھی نبقہ سبجیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی، اور بعد میں نبقی سبجی التهاب شعبی پیدا ہو گیا۔ ایک خاموش وقفہ کے بعد پسند روویں دن حاد روماتزم نمودار ہو گیا (ڈبلیو۔ ایچ بریڈلی) W. H. Bradley کے مریضوں سے۔

ہے۔ اتنی مدت گویا ”خاموش وقفہ“ ہے (47) کہ جس میں علامات رجعت قہری کرتے ہیں، اگرچہ جیسا کہ شکل ۳۹ سے ظاہر ہے، تپش ہمیشہ بالکل طبعی لیول تک نہیں آتی۔

ابتدائی سوزش حلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے، نبقہ سنجیدہ جوئے خون میں اخل نہیں ہوا، اور ۱۶ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے، نبقہ سنجیدہ حلق سے غائب ہو گیا ہے، اگرچہ التهاب گرد قلب کی ہلکے اصابتوں میں یہ لحال اور گرد قلبی لمفی خدر سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حاد حساسیتی منظر ہے جو کہ ابتدائی بنی سببی حملہ کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جاسکتا ہے یہ ہے کہ خون پاش نبقہ سنجیدہ بطور خود حاد روماتزم کا اولی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حملہ آور، مثلاً ایک مادرائے خرد بینی قشب کے ادخال کو سہل بناتا ہے، اور وہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

مرضی تشنخج - روماتزمی تب کے خاص ساختی تغیرات التهاب قلب
(carditis)، کثیر مفصلی التهاب (polyarthrititis) زفن (chorea) اور تحت الجلدی گرہیں ہیں۔ ان تمام مثالوں میں رد عمل دراصل ایک ہی جیسا ہوتا ہے، یعنی ایک التهابی گرہ بن جاتی ہے، گو اس کے منظر کا انحصار مقام ماؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس رد عمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

عضلہ قلب کا التهاب حاد (acute myocarditis)۔ اولین تغیر ایک شمر بانک میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استرکار (lining) خلیے پھول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور نیز التهاب کا مرکز بن جاتے ہیں، جس کے ساتھ گول خلیوں کی درریشش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو خاص کر کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ یہ شمر بانک ٹھکے کے باعث مزعہر ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی درریشش غائب ہو جاتی ہے اور بالآخر ہمیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر نواتی خلیوں کا ایک گروہ مفروض ملتا ہے، جو آشاف کی گروہ (Aschoff's node) بنا آئے۔ یہ خلیے یعنی نامض (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہو کر معمولی لیفی بافت بن جاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر متاثرہ ندبہ (scar) بن جاتا ہے۔ عضلی ریشہ کے خلیوں میں سمی ذرات اور قطرات (droplets) سب سے پہلے نوات کے قریب نمودار ہو جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود المقام نخر (localized necrosis)

واقع ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ سہمی الاصل ہو، یا شریائیک کے تلف ہو جانے پر دموی سڑکے کے انقطاع کے سبب سے ہو گیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اور طبعی کی جرہ اور حلقہٴ مطرانی (mitral ring) کے قریب، بائیں بطن میں عضلہ میں گہری مدھون نمودار ہوتی ہیں۔

دروں قلبہ کا التهاب حاد (acute endocarditis) - رومانزی التهاب دروں قلبہ میں "گرہی" التهاب ("nodal" inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سے مطرانی شرفہ (mitral cusp) کے اذینی جانب یا اور طبعی شرفہ (aortic cusp) کے بطنی جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر دروں قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت خفیف اور ام پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے تسبیج کے دانوں جیسے متعدد ارتفاعات بن جاتے ہیں جنہیں عموماً روئیدگیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتداءً اس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع سدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھتا ہے، نہ کہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں ملہتب رقبہ پر مصراعوں کا درملہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور بطنی خون سے فائبرین اور کثیر الاشکال نواتی سپید غلیظہ نشین ہو جاتے ہیں۔ التهاب کم ہونے پر پھر خفیف سا انداب (scarring) واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التهاب میں یا متواتر حادثاتوں کے بعد مصراعوں کا بڑا تشوہ (deformity) واقع ہو جاتا ہے، جس کا بیان دروں قلبہ کے التهاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التهاب متاومور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التهاب مفاصل (arthritis) - ہلک اصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلاب (synovia) اور فائبرین کی دھبیاں پائی گئی ہیں۔ سپید خلیات موجود ہوتے ہیں، لیکن سیال کبھی رہی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلابی عروقی اور ليف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی سرخ کمی، جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہو جاتی ہے تو زلابی تغیرات اس کی نسبت، اور بھی زیادہ خفیف ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں کے اندر غیر شفافہ متصل اور سبزی مائل زرد و لطف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گرہ، جو روماتزم کی ایسی ممتاز خصوصیت ہے، اس کی پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اس کی نسبت زیادہ بڑے پیمانہ پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی شریانی التهاب سے شروع ہوتی ہے۔ پھر کثیرنوائی یعنی ناہنسی درریزٹا (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے۔ جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا ندبہ بن جاتی ہے۔ علامات - اکثر ایک یا زائد حلوں کی مابقی سرگزشت پائی جاتی ہے۔ اور لونزین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا ان میں عمیق طاقے (crypts) موجود ہوتے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدودہ (adenoids) موجود ہوتے ہیں روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التهاب (multiple arthritis) یا زلابی التهاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضررات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاص کر پچوں میں، پہلا ضرر قلبی مصراعات یا عضلہ قلب یا تادمور کا التهاب ہوتا ہے (روما تزمی التهاب قلب) جو ممکن ہے بکھ مخفی (latent) ہو، مگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جنکو شاید درد ہا بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگزشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں کہ بچہ ان کی وجہ سے فریش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلابی التهاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اس کے ساتھ کسی گزشتہ زلابی التهاب کی سرگزشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ نرفن (chorea) کی سرگزشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

260

مفاصل بالکل دفعۃً ماؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے اور پھر ٹخنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کندھا، کہنی، اور کلائی، گولہا، گھٹنا، اور ٹخنہ سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے متلائے التهاب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی بالغوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفصل یا قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) یا ففری

مفاصل تک ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑ ملتهب ہو سکتے ہیں، اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روماتزمی تپ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس میں جب بعض ملتهب مفاصل بہ سرعت شفا یاب ہو جاتے ہیں، تو دوسرے مفاصل ماؤف ہوتے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخر الذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل مبتلا رہتے ہیں، یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر مبتلائے التهاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روماتزمی تپ کا حملہ ہوا ہے وہ متورم، گرم، چھونے سے الیم (tender) اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں درم گھٹنے میں (جہاں الصباب آسانی سے پھپھانا جاسکتا ہے)، اور ٹخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اس کا رنگ تیز گلابی ہو سکتا ہے، جو شاید ہی سارے درم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ چکنیوں یا دھبوں کی صورت میں ہو۔ اَلیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے، یا جوڑ کو بڑھانے سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے بند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کندھے، گولھے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور اَلیمیت ہی روماتزم کے خاص منظر ہیں، کیونکہ خفیف سا درم آسانی سے شناخت نہیں ہوتا اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التهاب مفاصل مختصر پچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جوارح کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التهاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلہ و قلب کے التهاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں، جوارح الحروف کے زیر نگرانی تھا، شدید عضلی اَلیمیت بلا مفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں زلابی التهاب زائل ہونے پر مہلک التهاب کی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اُس وقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا مانا ممکن ہے جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روماتزمی گروہوں کے ہمراہ پائے جائیں اور

وہ حاد روماتزم آسا مفصلی التهاب (acute rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ نیچیا تی نقطہ نظر سے روماتزم آسا مفصلی التهاب کے ضررات حاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک ہی مرض کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تپ میں بعض اوقات غضروفی مفصلیات (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ بعض مفاصل کے گرد و پیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملتبہ ہو جاتے ہیں، بالخصوص وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ کشت یا اور پشت دست پر پھیل جانے والی نخری کا کچھ حصہ انھیں کے التهاب کے باعث ہو۔ ایک لڑکے میں، جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، چانہ (mandible) کے گرد زیر گرد غظمی گرہیں (subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس اکثر مفصلی التهاب کے ہمراہ کچھ تپ (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے جو مفصل کا التهاب کم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتی اور التهاب مفصل کے عود کے ساتھ پھر ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تپ مفرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت کے ساتھ آنا بھی روماتزم کا مین خاصہ ہے۔ اکثر عرقی سمات کے دھنوں پر صاف کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جاسکتا ہے، جنھیں عرق دانے (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہو، اور یہ ایک گلابی ہالیزو سے گھیرے ہوئے ہوں تو انھیں د خندیات (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ روماتزمی تپ میں ہدیان کوئی نمایاں مظہر نہیں ہے۔ زبان فرور ہوتی ہے اور اسماء میں قبض ہوتا ہے۔ قارورہ مقدار میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی اس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روما تزمی التهاب قلب (rheumatic carditis) مفصلی التهاب کے ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تپ کی اصابتوں کے ایک بڑے تناسب (پیم اور پیم کے درمیان) میں قلب التهاب دروں قلبیہ (endocarditis) اور التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں اور نسبتاً قلیل الوقوع اصابتوں میں التهاب سور (pericarditis)

میں مبتلا پایا جاتا ہے۔ اگرچہ التهاب تادمور کا بیان اس کے بعد آئیگا، یہاں یہ بتلادینا ضروری ہے کہ التهاب قلب کی جو کچھ علامتیں موجود ہوتی ہیں وہ زیادہ تر التهاب عضلہ قلب کے سبب سے ہوتی ہیں نہ کہ التهاب درون قلبہ کی وجہ سے۔ وہ عموماً بالکل خفیف، اور بعض اوقات بالکل غیر موجود ہوتی ہیں۔ التهاب قلب کا آغاز، تپ کے بڑھ جانے سے ہوتا ہے۔ مسلسل سرعت قلب (tachycardia) عام ہے۔ شدید اصابتوں میں ورزش کے بعد سانس چو لکر خستگی (exhaustion) ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہی مرض کے ابتدائی ترین علامات ہوں۔ استثنائی مثالوں میں روماتزمی حملے کے بعد چند مہینوں کے اندر ہی نمایاں فشل قلب (heart failure) ظاہر ہو جاتا ہے۔ مرخص اکثر مدیم الدم (anaemic) ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

اس کی ابتدائی ترین طبی امارت یہ ہے کہ استماع کرنے پر مطرائی رقبے میں قلب کی پہلی آواز میں خفیف سی اطالت (prolongation) یا سختت (roughness) سنائی دیتی ہے، یا آواز قدرے صاف نہیں سنائی دیتی۔ ممکن ہے کہ چوبیس ہی گھنٹے کے اندر یہ لمبی ہو کر ایک واضح خریر (murmur) یا پھوسکنے کی نرم آواز (soft blowing sound) بن جائے، جو پہلی آواز کے ساتھ ساتھ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد بلکہ اس کی جگہ لیلے۔ یہ قلب کی حادثہ سرایت ظاہر کرتی ہے اور یقیناً مطرائی باندردی سے پیدا ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ معطلات پر الپین کی نوک جیسی دقیق روئیدگیاں (pin-point vegetations) ہوں، لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ یہ عدم کفایت (incompetence) کیوں پیدا کر دیتی ہیں۔ زیادہ ممکن توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ بوجہ التهاب عضلہ قلب، مطرائی حلقہ (mitral ring) کا اتساع ہو کر عدم کفایت پیدا ہو جاتی ہے۔ جوں جوں مریض بہتر ہوتا جاتا ہے ممکن ہے کہ یہ خریرات غائب ہوتے جائیں۔ مطرائی باندردی (mitral regurgitation) عموماً دوسری نیروبی آواز کو مغمر (accentuated) بنا دیتی ہے۔ حادثہ قلبی مسدودی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعض اصابتوں میں ایک متضاعف (reduplicated) پہلی یا دوسری آواز یا اس پناقی دینے والا پیش انکماش خریر (presystolic murmur) اسوجہ سے ہوتا ہے کہ اس حالت میں بطنوں سے پہلے آئین محسوس طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن انعام

طبعی امارات کا سبب مطرانی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ روماتزمی تپ میں بچوں میں ایک نسبت کم عام خیر، جو اس پر ہی سنائی دیتا ہے بہ لحاظ وقت بین انبساطی (mid-diastolic) ہوتا ہے۔ یہ یقیناً تمام اصابتوں میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ امتحان بعد الممت میں ایک سے زائد موقعوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے۔ یہ غالباً ”اضافی ضیق“ (relative stenosis) کی وجہ سے ہوتا ہے، یعنی ایک طبی مصراع کے ایک تنوع بطین کے اندر کھلنے اور لکھنے (fluid vein) اور بصور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث۔ یہ فلٹ (Flint) کے اُس مشہور خیر سے مشابہ ہے جو اورطی بارودی میں ہوتا ہے۔ بچوں میں اس خیر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے ابعد میں ایک مکمل نمو یافتہ مطرانی ضیق پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہوا ہے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز نامکمل ہو اور ایک انبساطی خیر نمودیاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت یہ ضرر بہت قلیل الوقوع ہے۔

التهاب پلیور (ذات الجنب = pleurisy) جب قلب بہ شدت ماؤف ہو، اور بالخصوص جب التهاب تاورمور (pericarditis) بھی موجود ہو، تو یہ اکثر پایا جاتا ہے۔ ایک رگڑ (rub) سنائی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو۔ جب ذات الجنب تاورموری اور حشائی پلیورا کے درمیان ہو تو پلیوری تاورموری فرک (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) کی ضرورت لاحق ہو۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبعی امارات پیدا کر دے جیسے کہ بائیں شش پر ایک تاورموری انصباب کے دباؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یعنی آواز کی کمی (impairment of note) ناقص جو فیزی خیر، یا کمزور بلند ارتعاشی (high-pitched) شعبی تنفس۔ حاد مریوی اذیم (acute pulmonary oedema) اور شعبی ذات الریه کبھی کبھی بچوں میں آجاتے ہیں (Poynton)۔ عام طور پر التهاب گردہ بھی ہم زماں طور پر ہو جاتا ہے۔

عرق دانوں (sudamina) اور دغنیات (miliaria) کے علاوہ، جو پہلے بیان ہو چکے ہیں، شری (urticaria) اور مختلف قسموں کا احرار (erythema) بھی واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص احمدا کرثیر الاشکال (E. multiforme) اور پیرا کلاحت (E. nodosum)۔ احمدا کرثیر الاشکال (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ وہ منتفی سببی مانعہ کا ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدریجی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کرائب (subcutaneous nodes) بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفصل کے قرب وجوار میں اور غلی جود اور آہستہ آہستہ پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی مائل نہیں ہوتی، مثلاً گھٹنوں اور گھٹنوں پر۔ وہ دردناک نہیں ہوتے اور شاذ ہی الیم ہوتے ہیں۔ انہیں جلد کے نیچے آزادانہ، اور ان کے نیچے والی لیفی ساختوں پر خفیف سی حرکت دی جا سکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں غائب ہو جاتے ہیں۔

فقر۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفصل کے علامات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہو جائیں گے۔ اگر سیلیسیلٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر غائب ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہر حال روماتزم ٹکس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تب اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفصل بالکل اسی طریقہ سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک چوڑے کا التهاب ہفتوں یا مہینوں تک رہنے کی وجہ سے شفا یابی میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ درد، ورم، اور کھٹکی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبیرات (splints) اور قافی معالجہ سے کرنا پڑتا ہے۔ نقیہیت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التهاب دروں قلبہ (endocarditis) کی سرایت ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہو جاتا ہے، جس میں اور ٹلی یا مٹرنی مرض کے خیرات عضلہ قلب کا فشل (failure) بلکہ التهاب ناموجود موجود ہوتا ہے۔ روماتزمی حملہ کے دوران میں موت التهاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

مفراط تپ سے ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ اس میں عموماً کوئی وقت نہیں پیش آتی، کیونکہ دریدہ مفاصل کا دفعتہ وقوع اور ساتھ ہی مفاصل کی سرخی اور ورم، بخار اور کثرت پسینہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ نوعمر اشخاص میں واقع ہو، جن کی صحت پہلے اچھی تھی، یا جو اس کے برعکس، روماتزمی تپ یا مرض قلب کی مابقی مرگشت رکھتے ہوں۔ جہاں صرف ایک ہی مفصل ماؤف ہو وہاں حاد التهاب مغز استخوان کے متعلق غور کرنا چاہئے۔ اس میں بنی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ الیمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، خاص کر جبکہ ہڈی کو دبا جائے۔ حاد تقيح اللہم (acute pyæmia) جس کے ساتھ تقيحي التهاب مفصل (suppurative arthritis) ہو، غیر عام ہوتا ہے، اور اس میں عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے، جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم۔ جب مفاصل پر حملہ ہوتا ہے تو ان کے شفا یاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے۔ سونہر اکی زلابی التهاب بھی روماتزمی تپ کی نسبت زیادہ دیرپا ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں، اور التهاب بالخصوص رداؤل (fascia) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اسے آسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے۔ حاد کثیر مفصلی التهاب (acute multiple arthritis) بہت سی نوعی سرایتوں، مثلاً تپ محرقہ، نر حایر، اور نبقی روی سرایتوں، تپ ناکسد، وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ وہ تعامل جو مریض سیلیسیلیس دینے پر ظاہر کرتا ہے، حاد روماتزم کی مفید دلالت ہوتا ہے۔ نقرس سے تشخیص اس مریض کے بیان میں درج کی جائیگی۔

ایک ایسے بچے میں جسے کثیر مفصلی التهاب نہ ہو چکا ہو، روماتزم کی تشخیص کا انحصار غواش حلق یا عفونی لوزین اور ایک قلبی ضربی زفن (chorea) کی شناخت پر ہوگا۔ حاد التهاب دروں قلب اور التهاب عضلہ قلب کی تشخیص کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ تازہ مادا التهاب دروں قلب اور التهاب عضلہ قلب کا غلط ملط پرانے مصر احمیٰ مرض کے خیرات کے ساتھ اور تلاء موری فیک کی دوا کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیر بحث خورانی نوعیت

میں ٹرموٹزم، اور بلحاظ وقت، انکماش، اور مطرانی رقبہ پرستی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرعت ضربات قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریوی آواز مضبوط (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دموی خرابی (haemic murmur) عموماً ریوی شریان پر بلند ترین، اور اُس کی صفت اکثر درشت (harsh) ہوتی ہے۔ مزمن مصرعی مرض کا خرابی اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے، جو ایک بڑے رقبہ پر سنا جاتا ہے، اور اُس کے ساتھ قلب کی جسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا۔ اندازہ۔ حاد روماتزم کی شرح اموات تھوڑی ہوتی ہے۔ اسکا فی خطرہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے، تپش، اور شرح نبض، اور تبدیلی خیرات بہترین سریری رہنما ہیں۔ خلیات احمر کی تشغلی شرح سے مزید حاصل ہوتی ہے۔ ویسٹر گرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر اگر خلیات پہلے گھنٹے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ یا دو گھنٹے میں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں، تو مرض ہنوز فعال ہے (42)۔

تحریر۔ عموماً پکینی مٹی کی زمین روماتزم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ روماتزمی بچوں کو چاہئے کہ اگر اُن کا لباس خراب ہو جائے تو اُسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اس سلسلہ میں ناک اور جوفوں اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، لیکن بالغوں میں خاصکر زندانی سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ روماتزمی مظاہر والے پچاسی بچوں پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ براری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزہ میں ایک سے زائد بار التهاب میں مبتلا ہو گئے تھے، اور تمام اصابتوں میں لوزی لینی غدہ بڑھے ہوئے تھے۔ لوزہ براری کے بعد اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک ان اصابتوں کا تعلق کیا گیا۔ ۵۹ فی صدی اصابتوں میں لوزی غدہ ناقابلِ جس ہو گئے۔ جن مریضوں کو روماتزمی تپہ ہوئی تھی اُن میں سے ۸۴ فی صدی میں ٹیکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک زفن کا تعلق ہے ۵۰ فی صدی اصابتوں میں ٹیکس واقع نہ ہوا۔ التهاب عضلہ (myositis) اور دراصل

کے متعلق یہ ہے کہ ۷۷ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ چند اصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت واقع ہوئی۔ اس کے خلاف گریٹ آرمونڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۴۲۸ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں کہ جن میں زفن بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45) اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔

مندرجہ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کئے جاسکتے ہیں۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زدگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش حلق ہو اور مزمن غدی کلانی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو بیکلہ نکال دینا مناسب ہے۔ اس عملیہ کو عارضیت رفع ہو جانے کے بعد عمل میں لانا چاہئے۔ علاج۔ روماتزم کی تخفیف اصابتوں کے موثر علاج کے لئے بھی بستر میں

کلی آرام کرنا ضروری ہے یہاں تک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہو جائے اور قلب کا فاعلی التهاب رفع ہو جائے۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سدباب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ بہر حال جنگل کہ نبض و نیش کم ہو کر طبعی نہ ہو جائیں اور کچھ دنوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ ایک دوسری مفید دالالت خیرات کی نوعیت ہے۔ جنگل کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ معنی ہیں کہ فاعلی التهاب موجود ہے۔ سرائیت کے ممکن مرکوزوں کو تلاش کر کے ان کا تدارک کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 276) لوزہ برآری پر اور غور کیا جا چکا ہے۔

شدید اصابتوں میں مفاصل اسقدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سوائے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ مفاصل کو تضرر کے ہر خطرہ سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات بستر کی کپڑوں کو جوارح سے ایک غاطیہ کے ذریعہ اٹھا کر رکھنا چاہئے۔ مفاصل کو نرم روئی میں، جس پر شدید اصابتوں میں تھوڑی سی مسکن دوا (anodyne) مثلاً لفاج، یا ایون کا مروح، چھڑک لی جائے، پلیٹ وینے سے رد میں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہو سکتی ہے، یا مفصل پرنسپل سیلی سلیٹ

(methyl salicylate) (ونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اسے گٹا پر چسپو (gutta) purcha tissue سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گزشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت دینا نسبت بہت بہتر ہے، جیسا کہ دوسری حموی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کامل طور پر اس کے زیر اثر ہو جاتا ہے تو درد و غائب ہو جاتے ہیں، مفاصل کی سرخی اور درم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تپش دو یا تین درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر آجائے۔ اگر اس دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے درد بخود کرائیں۔ اگر وہی مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم اسی وقت سے علماً شفا یاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے اختتام پر کسی قدر ذلیل دیکھا جاتا ہے۔ سیلی سلک ایسڈ یا اس کے سوڈیم والے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۳۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا چونتیس گھنٹہ میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہئے۔ لیکن کم شدید اصابتوں میں اس سے چھوٹی مقدار کافی ہو سکتی ہے۔ بعض لطیف ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبت چھوٹی خوراک ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اس تواتر کو گھٹا کر ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر حل نہایت شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض درد سر، بہرے پن، لطین لاذن (tinnitus aurium) اور خفیف ہڈیاں میں بتلا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی قے، سست یا غیر منظم نبض، البیون (epistaxis) کم بولیت یا اسرابول (suppression of urine) اور تسم بولی (uræmia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سمئی علامات درووں کے ارفع ہونے کے ساتھ ہمزماں ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درد حاصل ہو جانے کے بعد دوا کی مقداروں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار یا تین بار کر دینا چاہئے اور

آخری درو یا آخری غیر طبیعی تمشیش کے بعد پانچ یا چھ دن گزر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دی جائے۔

روما ترم پر ان تین زیر غور دواؤں کے اثرات میں کوئی بین فرق نہیں عموماً سوڈیم والاٹک پسند کیا جاتا ہے، اور اکثر اس کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی مساوی مقدار شامل کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دوائیں چنداں کامیاب نہیں ہوتیں۔ دردم ہو کر جاری رہتے ہیں، یا ٹکس (relapses) اکثر ہو جاتا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کونین (salicylate of quinine) (۲ تا ۶ گرین) مفید ہو۔ یا قدیم قلوبی علاج کیا جاسکتا ہے یعنی پوٹاسیم بائی کاربونیٹ یا ایسٹٹ ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاسیم بائی کاربونیٹ کونین کے ساتھ دینا۔ حاد روماتزم کے دروں پر سیلی سلک ایسٹ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سیلال (salol)، سیلوفین (salophen)، اور ایٹیل سیلی سلک ایسٹ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر ۱۰ یا ۱۵ گرین کی خوراکوں میں برشامہ (cachet) میں بہت مستعمل ہے۔

26

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹس کس طرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تپ اور درد مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے، کیونکہ اس سے قلب میں ایک ایسی دلاہت جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسی قدر تپ کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید مدافعت ہے۔

شدید ارتفاع حرارت (hyperpyrexia) کا علاج فوری اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہئے جیسا کہ ضربت الحار (Heat Stroke) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

زفن (داء الرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

داء الرقص کی میز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی بقاعدہ غیر ارادی حرکت

ہیں۔ اس کا مقبول عوام مرادف "سینٹ وائٹس کا رقص" "قصی مانیا کی ان وباؤں کی طرف اشارہ کرتا ہے" جو ازمنہ وسطیٰ میں واقع ہوتی تھیں، جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفا یاب ہو جاتے تھے۔ اسی بنا پر اس مرض کا نام "سینٹ وائٹس کا رقص" (Chorea Sancti Viti) ہو گیا۔ لیکن جو شکایت ان وباؤں میں ہوا کرتی وہ کیفیت ہسٹیریا کی سی کیفیت رکھتی تھی، اور اگرچہ داء الرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیر طبعی حرکت کی بعض دوسری قسموں کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، تاہم وہ عموماً اُسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا۔

اسباب۔ داء الرقص حاد و مزمن کی ایک قسم ہے، اور اسی واسطے اُس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اس کے ہیں۔ وہ بیشتر طفلی کا مرض ہوتا ہے؛ تقریباً نصف امصابین پانچ اور دس سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہیں، اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں۔ وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثر الوقوع ہے، دو یا تین اور ایک کی نسبت میں۔ ڈریا داغی صدمہ یا بار، جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے محنت کرنا، اس مرض کو بڑھانے والا سبب ہو سکتا ہے۔ بالغ مریضوں میں حمل ایک عام پیش رو سبب ہے۔ ان میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو داء الرقص ہو چکا ہوتا ہے۔

مرضی تشنیرج۔ دماغ میں ہمیشہ دمویت پائی جاتی ہے۔ لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ داء الرقص کا سبب جراثیمی حملہ ہے۔ قطنی کچھ کے (lumbar puncture) سے لف غلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے۔

امراضیات۔ داء الرقص کے ایک روماتزمی سہایت ہونے کی تائید ان واقعات سے ہوتی ہے: التهاب دروں قلبہ کا اکثر الوقوع، اور ہلکا صابنوں میں اُس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی۔ دورانِ حیات میں اس کا تلامز روماتزمی تپ اور اُس کے مختلف مظاہر کے ساتھ۔

پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے، یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اب اس کو ترک کر دیا جائے، الا چند غراب ترین اصابتوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں نبقہ سبمیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مرض، جسم میں اور خاصاً صکر دماغی شخاعی سیال میں یونی کالشیئم (ionic calcium) کا ایفہا گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصدی سے کم ہو جاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہو جاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہو جاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص تکرز (tetany) سے ایک قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ تکرز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی ہیجان پر تحریک پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک رد جو کہ ایک طویل (supinator longus) میں فعال برقیہ کو عضلہ کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرنی جھٹکا پیدا کر سکتی ہے، ۲ ملی امپیئر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبی اس عدد سے زیادہ ہے (52)۔

علامات۔ داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہو سکتے ہیں، یا ان کے ساتھ حاد روماتزم کے وہ مظاہر بھی ہو سکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس مرض کا نمایاں ترین خاصہ عضلات کا فعل ہے، وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدم اتساق (ataxy) یا ناہم آہنگی (inco-ordination) اور (۳) خفیف درجہ کی حقیقی کمزوری یا استرخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مریض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، جھٹکے دار، بیقاعدہ اور بے غایت ہوتے ہیں۔ انگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کلائی کو یکایک پھیلا یا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اٹھا دیا جاتا ہے۔ چہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے، بھوس بیکایک اونچی کر لی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں، اوٹھٹی اونچی یا نیچی کر لی جاتی ہے۔ جو ارج زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دھڑکے عضلات میں ہیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوما ہوا نظر آتا ہے، اور شکم کی ناگہانی باز کشیدگی،

پانفسی عضلات کا جھٹکے دار فعل دیکھنے میں آتا ہے۔

ارادی حرکات کے وقت یہ بقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلا دیے جائیں تو سوجھ انھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکا یک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جبڑوں کے عضلات بقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ چلنے میں ٹانگیں ادھر ادھر پھینکی جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ جکڑ دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھا لئے جاتے ہیں۔ اس طرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریض کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہو جائے تو یہ حرکات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہو جاتے ہیں۔

اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریض زود رنج، چڑچڑی، متکون المزاج، یا براغیغہ ہو جاتی ہے، اور دماغی طور پر اس کا حافظہ کمزور ہو جاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام۔ بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدرے جھٹکا لگتا ہے، بقاعدہ حرکات شاذی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے انکو اگر ادبیتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے ہیں (نرفن لصفی: hemichorea)۔ دوسری اصابتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے اور زفنی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں الٹا ہوا رہتا ہے اور دقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور ان کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شدلی نرفن: paralytic chorea)۔ ممکن ہے کہ نرفنی لصفی فالج (choreic hemiplegia) ہو جائے۔ شاذاً اصابتوں میں چاروں جوارح ماؤف ہو جاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑی رہتی ہے، اور اگر اُسے اٹھایا جائے تو ہر جارح ایک لکڑی کے کندھے کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی، ذہنی

مانیائی اور مالیخولیائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں اور یہ عموماً عارضی ہوتی ہیں۔
 استثنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا ناممکن
 ہو جاتا ہے، اور مریض صاحب فراش ہو جاتی ہے، اور خود کو بستر میں نہایت
 تند و تیز بیچ و تاب کے ساتھ ادھر ادھر پھینکتی چلتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو
 پٹنگ کی جابنوں یا سرھانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شانوں، سرینوں،
 گولہوں، گھٹنوں اور رڑیوں کو اس طرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک
 خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے،
 کیونکہ ہر چیز جو مریض کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے،
 بلکہ اگر وہ مریض کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آہنگی عضلات
 نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ اصابتیں (زفن خطرناک: chorea gravis)
 بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض رگڑنا حرکت اور
 کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے حسرت معلوم ہوتا ہے۔ سریع لاغری واقع ہو جاتی
 ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں بیٹھ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب
 اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع
 ہو سکتی ہے، اور اُس سے پہلے اکثر تپش کی مقدار بلند، اور حرکات موقوف
 ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون
 کے ساتھ پڑا رہے اور یہ خیال پیدا کر دے کہ نقیصہ شمع شروع ہو گئی ہے۔ بعض
 اصابتوں میں ذہن شدید طور پر موقوف ہو جاتا ہے اور مریض ہدیائی بلکہ وحشیانہ
 طور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند حالتیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان
 کی عمروں میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور ان کا بڑا تناسب حاملہ عورتوں
 میں ہوا کرتا ہے۔

مُدرست - داء الرقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اصابتوں
 کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بار بار
 ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد خفیف جھٹکے بہت ہفتوں پہنچتے
 تک ہوتے رہے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جاتیں۔

بالآخر زیادہ تر مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ تند و تیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے یا حرکات کے تند ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہو جاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتہ کے بعد سست تر پڑ جاتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شفا یابی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہو جائے۔ دائر الرقص کئی طور پر رفع ہو جانے کے بعد بھی ٹکس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حمل اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے حمل کی نسبت قلیل ترمیت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اس کے مختلف نہیں ہوتے۔

266 عواقب مرض۔ اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چمک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو ہمینوں کے عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے۔ صرع (epilepsy) بھی شاہدے میں آئی ہے، اور شفا یابی کے بعد ایک تفلص (tic) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

تشخیص۔ اس میں شافہی کوئی وقت پیش آتی ہے۔ دائر الرقص سے قریبی مشابہت رکھنے والے حرکات ہسٹیس یا کے جزو کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں اور بہ سرعت شفا یاب ہو سکتے ہیں۔ عادی شنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہو سکتا ہے اور متذکرہ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور دائر الرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابل ضبط اور کم مستقل ہوتے ہیں۔ فریڈرک کے علامہ اتساق (Friedrich's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف اور سرگزشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نوعمر بالغوں میں یہ نسبت زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

علاج۔ مادر و ما ترم کا علاج دیکھنا چاہئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا، اور اسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہئے۔

غذا سادہ، مغذی اور بہ افراط ہونی چاہئے۔ کیلشیم آیسپرین (۷ تا ۱۰ گرین) اور کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار) عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اُس سے کوئی نفع حاصل ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک نفی ملی (nasal tube) کی مدد سے غذا دینی پڑے۔ مال ہی میں پیراٹھارمون (parathormone) کے اثرات سے جو کہ دماغی نغاعی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں اور تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

التهاب دروں قلبہ

(ENDOCARDITIS)

التهاب دروں قلبہ، دوسرے بہت سے التهابی اعمال کی طرح، ہمیشہ دقیق عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصے جو کہ پہلے مائوف ہوتے ہیں قلب کے بائیں جانب کے مصراع ہوتے ہیں، ضرر اکثر اُن ہی ایک محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے نہ تار باقی رہتے ہیں تو وہ مصراعی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج متاثر اُس مصراع کے میکافی فٹل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التهاب دروں قلبہ (acute endocarditis) ہے، اور مزمن التهاب دروں قلبہ (chronic endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق مصراعوں کے اُن مستقل تشوہات اور تغیرات پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التهاب دروں قلبہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن ہے کہ مابعد حاد حملوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التهابی عمل کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں، مصلوہ میں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویہ موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوئے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ حصوں تک پہنچ جائیں

اور اس طرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کر دیں۔ اس کو خبیث التهاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں۔

حاد التهاب دروں قلبیہ

(acute endocarditis)

اسباب۔ حاد التهاب دروں قلبیہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک سرایت ہے جو حاد دروما ترم کے قشب کے باعث ہو جاتی ہے جس پر بحث کی جا چکی ہے۔ عموماً التهاب عضلہ قلب اس کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حملی قریزیہ، خناق ویانی، تپ حررقہ اور دوسرے ساری امراض میں بھی حاد التهاب دروں قلبیہ واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی وہ مرض برائٹ، آتشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہو سکتا ہے۔ وہ مقامی تضریات، جیسے کہ سگمانا مصراع کے، یا اجال وتری کے انشقاق کے بعد، اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری فرک لگنے سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی روؤں کا گزرنا دروں قلبیہ مقامی التهاب پیدا کر سکتا ہے۔ کسی ساری مرض سے مرنیوالے مریضوں کے مصراعوں، بالخصوص اُورطی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جوئے خون کی منتہانی سرایت ظاہر ہوتی ہے۔ حاد التهاب دروں قلبیہ کے جدا گانہ بیان کی ضرورت نہیں، کیونکہ حاد دروما اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہو چکی ہے۔

مزمن التهاب دروں قلبیہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

مصراعی تضریات کا اضافی تواتر۔ التهاب دروں قلبیہ کا قلب کی دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے اگر التهاب دروں قلبیہ جنبی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی یا مثلثی مصراعوں

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شاذ ہے کہ دوران زندگی میں اکتسابی طور پر ہونے والا التهاب دروں قلبہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو۔ شفاخانہ کائی (Guy's Hospital) کے ۲۰,۰۰۰ امتحانات بعد المات میں ایسی مثال صرف ایک تھی۔ اس کے برعکس دائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کا بائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کے ہمراہ واقع ہونا استقدر غیر عام نہیں ہے (۱۸)۔ عام ترین واقعہ یہ ہے کہ بائیں جانب کے مصراع تنہا مؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرائی مصراع کا مرض اس سے زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اور طبعی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرائی مصراع پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی (regurgitation) بذات خود، جیسا کہ ایک ایسی انکماش خیر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرائی دہن پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی نفس مصراع کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک تشع مطرائی حلقہ کی وجہ سے۔ تسدد اور بازروی کا اجتماع تواتر کے لحاظ سے اس کے بعد آتا ہے، اور خالص سدودی سب سے قلیل الوقوع ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرائی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعد المات کے لئے آتی ہیں ان کی اکثریت میں ضیق پائی جاتی ہے۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ ضیق مطرائی مصراع کے طویل المدت التهاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اور طبعی دہن پر بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ جتنی سدودی۔ روماتزمی اصابتوں میں اور طبعی مرض عموماً مطرائی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ جمعی قرمزہ کے بعد ہونیوالی اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اور طبعی مرض ہوتا ہے کہ جتنا حاد روماتزم کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اور طبعی مرض آتشک کے باعث ہوتا ہے اور شاذ طور پر حاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پریشانی بازروی جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو چپ جانبا فضل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے اور اسوجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراع ضرر ہے ہی نہیں۔

تجویزی اتساع اور بیش پرورش اولاً قلب کے اس مخصوص کہنے کو مؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ مؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعوین کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کھنڈے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر بایاں بطنیں تنسع ہو جاتا ہے تو وہ عضلی حلقہ بھی جس سے مطرانی مصراع معلق ہے۔ اس اتساع میں شریک ہو جاتا ہے۔ اس سے مطرانی بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے نتیجہ کے طور پر بائیں آئین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی ریوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لئے دایاں بطنیں بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ اگر اس کھنڈے کا اتساع واقع ہو جائے تو اس سے مثلثی بازروی اور ساتھ ہی شکمی احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ مصراعی مرض کے ساتھ اکثر عضلہ قلب کا شحمی اور لیفی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اسی سبب سے ہو سکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصراعی مرض پیدا کر دیا ہو مثلاً روماتزمی تب، آئٹشک وغیرہ، یا یہ عضلہ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہو سکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہو رہا ہے کہ مصراعی مرض میں فشل قلب پیدا کر دینے والا جو سب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلہ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصراعی مرض جس کے ساتھ عضلہ قلب کے تغیرات نہوں ورزش کے بعد سانس پھولنے اور تنگی کے علامات پیدا کر سکتا ہے، جس سے تعویض کا اضافی فائل ظاہر ہوتا ہے، تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلہ قلب تندرست ہے تو تعویض کا کامل فائل واقع ہونے کا امکان مشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ نامکن ہے مصراعی مرض کے اثر کو عضلہ قلب کے تغیرات کے اثر سے جدا کیا جائے، اسوقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

اورطی مرض

مرضی تشریح۔ اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں اولاً، حاد روماتزم ہے۔ یہاں اورطی مصراعوں کا مرض ۶۲ فیصدی اصابتوں میں مطرانی مصراعوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ملاحظہ۔ ثانیاً، آئٹشک ہے۔ یہ مرض عموماً اولاً التهاب اورطی پیدا کرتا ہے (اورٹائٹس)

عمل میں اور طبی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً غیر متاثر رہتا ہے۔ ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں حاد دروماترزم ۵، ۶، ۷ فیصدی میں وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں۔ آتشک (تین آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۱۸، ۶ فیصدی میں۔ اتھروما (تمام معمر مرد نکلے) ۶، ۸ فیصدی میں۔ دیگر اسباب ۱، ۷ فیصدی میں۔

مرضی تفتیشیج - اور طبی مصراعوں میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ اُن کے پٹوں کے قاعدوں کی طرف لیفی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، اُن کی آزاد کورنسٹہ کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور اُن کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دہنہ کو ڈھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے۔ قلب کی بیش پرش بھی ملاحظہ ہو۔

چونکہ تینوں پٹ جدا جدا ہوتے ہیں، لہذا مزمن التهاب انہیں ایک دوسرے سے علیحدہ طور پر شکر ا دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اور طبی بازروی پیدا ہو جاتی ہے، نیز باز روی جوئے خون کی رگڑ کی وجہ سے دروں قلبہ کی دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ اور طبی کی دیوار پر اُس جگہ جہاں مصراعی فلتے باہم ملتے ہیں اُن تین نقطوں پر کسی قدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ فلتے عموماً اُن تین نقطوں پر کسی قدر چپکے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن اتنے کافی نہیں چپکتے کہ جس سے فتح کی ضیق پیدا ہو جائے۔ مصراعوں کے لئے یہ کسی قدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پوسٹہ یا اتنے گلے یا غلمی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں۔ مطرانی مصراع کی صورت اس سے بالکل متضاد ہے۔ لیکن جب ضیق موجود ہوتی ہے تو عموماً کسی قدر بازروی بھی ہوتی ہے۔ استثنائی طور پر یہ التصاق (fusion) اتنا مکمل ہوتا ہے کہ اور طبی کے اندر خون کے گزرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا فتعہ رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے۔ دوران خون پر متواتر اور مسلسل زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیسا کہ آہنگروں، آرہ کشوں، اور محنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے یہ ضراست زیادہ شدید ہو جائیں۔ بعض اوقات ایک مصراع کا اس وقت جبکہ

وہ التهاب سے نرم پڑ گیا ہونا گہانی اشتقاق واقع ہو جاتا ہے۔

اورطی ضيق

(aortic stenosis)

امراضیات - کوہنہیم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اورطی کے گرد ایک بندش لگا کر اُسے بتدریج کس دیا گیا۔ اس ضرر کی تعویض بطین کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظ دیگر قلب کی فی منٹ برآمد، اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی ہے، لیکن دروں بطینی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرح قلب سست ہو گئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے مایہا کو اس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطین کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہو گئی۔ قلب کا ناگہانی قفل شدہ اُسی وقت واقع ہوا جبکہ ضيق ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اورطی ضيق میں بھی موجود ہوتے ہیں، یہ استثناء اس کے کہ یہاں ضرر بتدریج ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافقی حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہو جاتا ہے، بائیں بطین کی اتنی بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطین کو تنگ فتھ کی راہ سے مکمل طور پر خالی کر دے۔ صرف اس وقت جبکہ تعویض کا فشل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطین کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کہنوں میں پھیل جاتا ہے۔

علامات - خالص اورطی ضيق میں، جو بیان کردہ وجوہات کی بنا پر ایک استثنائی حالت ہے، خیر انکماش ہوتا ہے، جو دوسری دائیں بین الاضلاع فضا میں عظم القص کے قریب سنائی دیکر اوپر کو دائیں ترقوہ ہڈی کی طرف نفاذ ہوتا ہے، اور سابق شریانیوں میں سنائی دیتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً اُسی مقام پر ایک کرفت انکماش ذبذبہ محسوس ہوتا ہے۔ نبض اکثر ایک میمز خاصہ کی ہوتی ہے۔

خون کی رُو میں ایک رکاوٹ حائل ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نظامی شرائین کے دموی عمود پر طبیعی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جاسکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی منقود ہو گئی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اٹھتی ہے۔ ایسی حالت میں ترسیم نبض شہوقی ہوتی ہے، یعنی قرعی موج اپنے بعد کی جزری موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جزو صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بخاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترسیم اس ترسیم سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ام الف میں کھلائی گئی ہے۔ جس کرنے پر یہ نبض غیر کثیر الوقوع اور سست رفتار (نبض بطی) = pulsus tardus) ہوتی ہے۔ جب اورطی ضیق کامل طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے جب تعویض کا فشل ہونا شروع ہوتا ہے تو سانس کا پھولنا اور وریدی امٹلا کے آمارات مشاہدے میں آتے ہیں۔

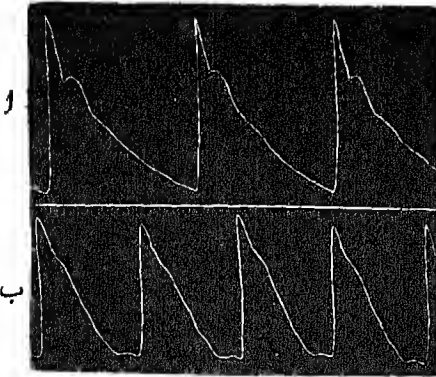
اورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات - اگر کسی جانور میں ایک اورطی مصراع کو تجربہ متفر کیا جائے تو جیسا کہ اورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہو جاتی ہے۔ قلب کی بار غیر متاثر رہتی ہے، اور وریدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماش دباؤ بہت زیادہ اور انبساطی دباؤ بہت کم ہو جاتا ہے، اور ان دونوں دباؤں کے درمیان کا اوسط تقریباً اتنا ہی رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔

یہ پایا گیا ہے کہ قلبی انسانی قلب بحالت آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۶ لیٹر (یا تہنری طور پر فی ضرب ۸۰ سی۔ سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دوران ورزش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہو کر گذرتے ہیں۔ فرض کر لیجئے کہ اورطی مصراع کی عدم کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر بھیجے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر انبساط کے دوران میں بائیں بطن کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔ ایسی صورت میں چونکہ تعویض یافتہ ضرور میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا قلب کے ۲ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب پر اوسطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی۔ سی باہر بھیجے جائیں۔ اس کے یہ معنی ہیں بائیں بطن کو بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش متقللاً رکھنی چاہئے۔ اسی واسطے اوسطی بازروی میں بائیں بطن کا اولی اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اسی کے ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی بیش پرورش بھی واقع ہو جائیگی، کیونکہ بائیں بطن کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اُسے



شرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں اوسطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی۔ سی خون باہر بھیجنا پڑتا ہے۔

دوران ورزش میں نہ ضرر

قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد دوگنی ہو جاتی ہے، تو ایسی صورت میں بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب کے

شکل ۴۰۔ الف - اوسطی بازروی کی نبض۔
دباؤ ۳ اونس۔ ب - اوسطی بازروی کی نبض۔
دباؤ ۴ ۱/۲ اونس۔

کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی۔ سی کے جو بطنی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی۔ سی نکالنے پڑینگے۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اس سے بہت زیادہ ہے جتنا ایک قلب میں اس کی گنجائش ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی یہ مطلوبہ مقدار بہم پہنچانے کے ناقابل ہو جاتا ہے۔ اس سے ایسے شرائط میں قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالت سکون کامل طور پر تعویض یافتہ ہوتے ہیں۔

طبیعی امارت - اورطی بازروی کی اصابتوں کی ممتاز خصوصیت وہ خریر ہے جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ خریر صرف ایک جونی مسامع الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جاسکتا ہے۔ کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا۔ ایک اورطی انبساطی خریر کے ساتھ نہایت عام طور پر اورطی رقبہ میں ایک انکماش خریر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب پذیر ہوتا اور نام نہاد پلٹش پس خریر بناتا ہے۔ اس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق بھی موجود ہے، تاوقتیکہ اس کے دوسرے امارت نہوں، مثلاً ایک ذذبہ، یا ایک شہوتی یا وضو ضربی نبض (bisferiens pulse)، کیونکہ ک سخت پانا ہوا مصراع دوران انکماش میں ایک منہج صاع (fluid vein) اور گردانی روعیں پیدا کر سکتے ہیں، بلا اس کے کہ کوئی ضیق موجود ہو اورطی بازروی کا مثالی خریر اکثر اوقات ایک انبساطی یا قبل انکماش خریر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے، جو اس پر سنا جاتا ہے، حالانکہ مطرانی مصراع بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس خریر کے ساتھ ایک ذذبہ بھی ہو۔ اس متلازم کو فلینٹ (Flint) نے متلازم میں بیان کیا تھا، چنانچہ یہ خریر اسی کے نام سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اورطی بازروی میں قلب شمع اور شین پرورد ہوتا ہے، اور صدم نیچے کی طرف اور قدرے باہر کو منتقل ہو جاتا ہے۔

انکماش دباؤ نبضی فشاریما (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ اس وقت جبکہ بازو بند میں کوئی دباؤ نہ ہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماش خریر کا سنائی دینا بالکل عام ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ اگر کم صفر آ جاتا ہے۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے پایا جائے تو یہ واقعہ اورطی بازروی کے امکان کی بڑی دلالت ہے۔ اورطی بازوی میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماش دباؤ عضدی شریان کے نسبت فحذی شریان میں زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے۔ موج نبض کے یکا یک صعود کرنے اور مساویا یکا یک نزول کرنے سے انگلی کو ایک عجیب جس حاصل ہوتی ہے، جو مختلف ناموں سے ظاہر کی جاتی ہے جو اس قسم کی نبض کو دئیے گئے ہیں، مثلاً فحسی (kicking)

شبی (splashing)، مطر قی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے نبض سریع (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانیوں میں انبساط اور انقباض کے ناگہانی اور وسیع حرکات سارے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھلائی دیتی ہیں اور اکثر دزد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، اصبغی شریانیوں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف محسوس کی جاسکتی ہیں، اور چشم میں کے ذریعہ سے شبکیہ شریانیوں کا نبضان بہ آسانی نظر آسکتا ہے۔ اس کی توجہ حسب ذیل ہے:۔ شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، اور اس دباؤ کے خلاف پیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا انکماش دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گر کر کم ہو جاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اور طی کے اندر خالی کرتا ہے خون اس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اسی وجہ سے ہوتا ہے) کیونکہ یہ سقوط دوضفی کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۴۰ الف)۔ ایسا ہی ایک منظر سر کے لئے دار جھسکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں (امارت مسیٹ: signe de Musset)۔ یہ اور طی باز روی کے ساتھ مخصوص نہیں بلکہ اور طی انورہما میں اور بڑے پلورائی انصبابات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اور طی عدم کفایت (aortic incompetence) شری نبضان بھی پیدا کر سکتی ہے۔ یہ ناخنوں کے نیچے، گالوں میں، یا مقع عروق شریہ کے اس رقبہ میں دیکھا جاسکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہو جاتا ہے، یا اٹائے ہوئے نیچے کے لب کی غنائے مخاطی پر ایک خوردبینی شبیہ کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عروقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ متبادل زیادہ سیاہ اور زیادہ شاحب ہو جاتا ہے۔

علامات۔ اور طی باز روی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی تریانی رسد اسوقت کم ہو جاتی ہے جبکہ ابھی پھیپھڑوں میں کوئی املاؤ واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیدا کر دیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف منسوب ہو سکتے ہیں، اور اس سے دوران سر اور غشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ بیخوابی اور اور ناک سے خون بہنا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر عدیم اللہم ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ مشابہ ہوتے ہیں۔ سانس کا پھولنا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حلوں یا چین اسٹوکس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جانبی فشل اور نتیجہ ریوی احتقان کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فشل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی املاؤ کے تمام علامات و امارات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ تحت القفس درد اور لی بازروی میں عام ہے، اور ذبجہ صدریہ کے مثالی حملے واقع ہو سکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حلوں سے مر جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے ناگہانی امتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

مطرائی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح۔ مطرائی مرض کا معمولی سبب حاد روماتزم یا دوسری منتہی سبھی

مرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التهابی تغیرات اصل ان تغیرات میں ہیں جو حاد روماتزم کی وجہ سے اور طی مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرائی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طرز بیان ہے۔ مطرائی مصراع دراصل ایک جھالریا پردہ ہے جو دہنہ کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ نمو یافتہ ہو کر مطرائی مصراع کا اور طی پٹ بنا دیتا ہے لیکن نام نہاد ماشئی پٹ ایک جداگانہ ساخت کے طور پر کبھی موجود نہیں ہوتا۔ التهاب اس مصراع کی دہانہ اور اس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے بند ہونے پر پورا اتلاف نہیں ہوتا اور بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن محلی طور پر بھی

مصراع کا قصور واقع ہو جاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہو جاتی ہے، اور التهاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اُس قدر زیادہ ہوتی ہے۔ قصور کی یہ دونوں قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہو کر ایک دوسرا ضرر پیدا کر دیتی ہیں۔ خفیف التهاب اتنا کافی محیطی قصور نہیں پیدا کر سکتا کہ جس سے سر پر پانی ضیق پیدا ہو جائے، گو اُس سے باز روی پیدا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التهاب تنہا باز روی، یا تنہا ضیق پیدا کر دے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کر دے۔ ضیق کی موجودگی ہمیشہ مصراع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد الممات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مطرانی مرض میں احوال و تری موٹے اور چھوٹے ہو گئے ہیں، حقیقتہً اتنے چھوٹے کہ مصراع پر وہ عضلات حلیمہ کے ساتھ سسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی یعنی تفسیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں محیطی قصور واقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصور واقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصور موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی کثیف سطح میں اذنی جانب پر صرف ایک تنگ چھری نظر آتی ہے۔ اس طرح قیف نما اور کاج نما دھنوں کی تفریق کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبت بہت زیادہ اکثر الوقوع معلوم ہوتا ہے [اور اس کی نسبت میں البٹ (Allbutt)] اور آخر الذکر بالغوں میں (۲۵) ا کی نسبت سے)۔

مطرانی ضیق کو مزمن سرایت یا مصراع پر حاد سرایت کے مکرر حملوں کا نتیجہ سمجھنا چاہئے، جو پٹوں کا انضمام، تقبض اور دبازت پیدا کر دیتے ہیں۔ اُس کی نمویابی کے لئے چند سال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بلوغ کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس مطرانی باز روی مصراع التهاب کی کم شدید شکل ہے جو کہ حاد و مزمن کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ بعض عام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی حد تک وریدی امثال کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مطرانی باز روی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں انہیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات

بالخصوص ورزش کے بعد دیکھے جاتے ہیں۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے۔
 ان پر قلب کے مقام پر درد، اختلاج، اور پاؤں کے درم کا اضافہ کیا جاسکتا ہے۔
 اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک
 برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعل قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل
 (مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص اذین ریٹکی انقباض) کے ساتھ ہمزمان طور
 پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور کثیف اکثر وقوع تھی، توازن اور
 قوت دونوں میں بہت غیر منتظم ہو جاتی ہے۔ جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات
 بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا وسیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں،
 جس کے اثرات جمافی اعضاء پر بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ اس طرح
 پھیپھڑوں کے مچھل امتلاء کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کھانسی، مخاطی نفثہ، اور گاہ بگاہی
 نفثہ الدم میں [جو متذکرہ بالا ریوی انفامات (pulmonary infarcts) سے پیدا
 ہو سکتا ہے]، شبانہ یا مسلسل انتصابی تنفس میں، اور خفیف ترین زور لگانے پر بھر میں
 مبتلا ہو جاتا ہے۔ امتحان کرنے پر دایاں اذین تنفس پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اُسکی آواز
 میں کمی اور عظم القص سے ایک انچہ یا زائد دابھنے طرف کو نبضان ہوگا۔ ریوی رقبہ میں
 دوسری آوازیں تغنیم ہو جائیگی اور شراکیفی نبضان سے دائیں بطن کی بیش پرورش
 ظاہر ہوگی۔ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر نکتہ کت سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصابتوں
 میں اُسمتیت پائی جائے گی اور ساتھ ہی جو فیزی خرابی کی اور کسی ارتعاش میں کمی کی
 لبوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے، گردن کی
 بڑی ویدوں کی پُری اور نبضان سے، اور استسقاء لمبی کے وقوع سے عام ویدی
 رکود ظاہر ہوتا ہے۔ ممثلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا
 ہے، اور اگر اسکا امتلاء و مادہ طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں
 نبضان ہوتا ہے۔ جلد کی تقدیر قافی ہوتی ہے، پیشانی کی زرد جھلک لبوں اور
 گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ لکڑی مریض کی شکل و صورت کو نہایت تمیز بنادیتی ہے۔
 سودہ مضم کے علامات بھی ہونگے۔ گردوں کا افراز بھی متاثر ہو جاتا ہے اور بول
 قلیل المقدار، شاید گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یوریش کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اُس میں البیومن اور فائبرینی سبائک موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے چینی سے، اور ترقی یا فتنہ اصابتوں میں کبھی کبھی ہذیان ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ بالآخر فشل قلب سے، اذیبائی شش اور سنگی سے، یا نصیبت الہیاء وقلیہ یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

مطرائی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات۔ چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر دُپس جاتا ہے، لہذا اس ضرر کی تعویض بائیں بطن اور بائیں اُذین کے اقوی اتساع سے ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے۔ دوران انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون داخل ہوتا ہے جو مطرائی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اُسے پیچیدگیوں سے ملتا ہے۔ لہذا اس کا تسع ہو جانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطن کے اندر چلا جاتا ہے اور اسے قبول کرنے کے لئے بطن کا تسع ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور بطن کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطن کو انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطن ثانوی بیش پرورش حاصل کر لیتا ہے، جس سے اُس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضرب کے ساتھ اور طی میں اُس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطن کی بیش پرورش اتنی تین نہوگی جتنی کہ اُورطی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس خون کے متعلق جو ہدیریتہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں دیا جائیگا، کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبعی امارات یہ ہوتے ہیں۔ صدم القلب کا باہر کی طرف ہسٹ جانا، پھونکدار انکماش خیر جو اس پر بلند ترین سنا جاتا ہے اور پہلے بیان ہو چکا ہے۔

مطرائی ضیق

(mitral stenosis)

اہر اضمیاست۔ خاص مطرائی مصرعی ضیق میں قلب پر اقلی اثر بائیں اذین کی بیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فشل قلب بھی موجود ہو دایاں بطن بیش پروردہ ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشار خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے۔ جو تنگ شدہ مصرع کی مزاحمت کا مقابلہ کرتا ہے۔ جب تعویض کا فشل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پیچیدگیوں میں ابتلا واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بائیں بطن کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے۔ یہ کہفہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطینی دیوار کسی حد تک حقیقتہ مذبول ہو جائے اور طویل المدت اصابتوں میں اور طی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ مطرائی ضیق کی بیشتر اصابتوں کے ساتھ کبھی قدر مطرائی بازروی بھی موجود ہوتی ہے۔

طبعی اما راست۔ مطرائی ضیق کے خریات اور اُن کا طریقہ پیدائش بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ وہ اکثر اس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذنب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 217)۔ خریات کا تغیر بالاختصار درج ذیل ہے۔ جب قلب سست رفتاری سے ضرب لگاتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو بیش پروردہ اذین کے سبب سے ایک اذینی انکماش خریات سنائی دیتا ہے۔ جب ریشکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خریات بکلمہ غائب ہو جاتا ہے۔ اگر قلب کا فعل سست لیکن ضیق نسبتہ زیادہ ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خریات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اذینی انکماش خریات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اذینی انکماش خریات ایک ہی مریض میں اکثر مرتبہ تبادل کرتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاد دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو اس پر سنائی دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔ اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خریات انبساط کے اقلی حصوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خریات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں۔ طبعی لے اور آذینی ریشکی انقباض ہر صورت میں جب فعل قلب تیز ہو تو خیرات پورے انبساطی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ منقطع ہو، اور دوسری آواز اس پر سنی ہی نہ جاسکے۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلائی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرانی بازروی طاری ہو جاتی ہے، عمومی کلائی قلب واقع ہو جاتی ہے۔

علامات۔ مطرانی ضیق اکثر بالکل ابتدائی میں، پھیپھڑوں کی امتلاء کی وجہ نفٹ الدم پیدا کر دیتی ہے، اور دماغی عدم دمویت کے باعث دوران سر اور غشی کے حملے بھی، اور مطرانی بازروی کی نسبت زیادہ اکثر فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سدا دیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ سدا دت دائیں اُذین میں علقنات ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے بچا جاتے ہیں۔ دوسرے عام علامات بیان کئے جا چکے ہیں۔

میمنی مصراعی مرض

مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation)۔ اگرچہ مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطن کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرانی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis)، عضلہ قلب کے مرض، اور پھیپھڑوں میں تسد پیدا کر دینے والی دوسری حالتوں (نفاخ، التهابیہ، ذمہ، لیفی سٹیل ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ اس سے بھی زیادہ شاذ طور پر وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرانی مصراع پر حملہ آور ہوتا ہے۔ اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ کا اُذیا، استقائے کلی اور وریدی امتلاء موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پھیپھڑوں میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے۔ ان کا بیان

پہلے ہی مطرانی مرض کے اور آخری علامات کے تحت درج ہو چکا ہے۔ مثلثی بازروی کا خیر پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 222)۔ بعض اوقات اس کے ساتھ عظم القفس کے زیریں برے پر ایک انکماش ذنبہ موجود ملتا ہے۔ اندرونی و داجی ورید کا وہ نبضان، جو ان حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو، اور گردن کی جانب پر سباتی شریان کے نمر سے پیچھے کو، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع و انخفاض کی ایک تھوڑی حرکت پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ بیرونی و داجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطن کے انقباض کا زور کبدی ریدوں میں بھی منتقل ہو کر کبدی و سرسیدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبد نابض (pulsating liver) پیدا کر سکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر پھڑکتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کو دائیں کو کھ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مثلثی ضیق (tricuspid stenosis) نسبتاً کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی مصراع کے مرض، بالخصوص مطرانی ضیق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلثی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں ان کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

سراوی مصراعات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر ماد ہو تو نصیث التهابیوں قلبیہ (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریوی ضیق (pulmonary stenosis) جو دروں بطنی فاصل کے انقباض کے ساتھ متلازم ہو، ایک عام حالت ہوا کرتی ہے اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

سراوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطرانی مرض کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراعات شریان ریوی میں کے بڑے دباؤ کے مشتمل نہیں ہو سکتے۔ عظم القفس کی بائیں جانب کے براہ راست خیر سستانی دیتا ہے۔

خبیث التهاب دروں قلبیہ، ریوی دہنہ پر بھی اور طبعی مرض کے خیر جیسا ایک دہرا خیر (انکماشہ اور انبساطی) پیدا کر سکتا ہے، اور یہ علی الترتیب خیرات پہلے بیان کیا ہوا محل وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہونے ہیں ان کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو خبیث التهاب دروں قلبیہ)۔

مزمن مصرعی مرض کی تشخیص، انداز اور تحریر

تشخیص۔ مصرعی مرض قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اس امر کی تعیین کرنی پڑتی ہے کہ:۔ (۱) آیا خیر ایک مصرعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی دروں قلبی یا بروں قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیواروں کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خیر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے، اور اگر دو خیر ہیں تو آیا ان میں سے ایک خیر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنی ورزش کرنے پر قلب کی مجبیت کیسی ہے اور اس کے متعدد کہفوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محل وقوع، فعل، اور مصرعی کارکردگی کے متعلق نہایت اہم معلومات آنکھ اور ہاتھ کے ذریعہ حاصل کئے جاسکتے ہیں، اور انہیں سماع الصد کے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ رانجینی شعاعیں بھی قلب کے کہفوں کی جسامت اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں مدد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ ۲۲۵)۔

۱۔ مصرعی مرض کے خیرات دوسری حالتوں سے پیدا ہو جانے والے خیرات کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عدم دموییت ریوی رقبہ پر ایک کرخت انکماشہ خیر پیدا کر دیتی ہے۔ عضوی ریوی سر مرض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خیر بیشتر کافی متمیز ہوتا ہے، لیکن نہایت زیادہ عدم دموییت کے ساتھ خیرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں، اور بلاشبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس چھوٹی ہوتی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی ان میں اختلاج اور ورم پا کا رجحان موجود ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ تشخیص وقت طلب ہو۔ عیدم الدم مریضوں کے نمایاں شہوب، روماتزم یا

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رو مرض کی روئداد کی عدم موجودگی، اور فولادی مقدمات کے استعمال سے خیر میں تخفیف، ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرائی بازروی کا ایک سبب ہو سکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوار بطنین کا نقص تغذیہ پیدا کر دیتی ہے۔ یہ شمع ہو جاتا ہے، مطرائی دہنہ و صیلا بڑھ جاتا ہے اور اس کا نتیجہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خیر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہنہ کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ دراصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں، خود اپنے نتائج کے شفا پذیر ہوتی ہے، لہذا اس خیر کو اکثر فعلی یاد موی کہتے ہیں۔ بہر حال اس کے اور مزمن مصراع میں مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے، اور وہ عموماً ماسبق اور متلازم حالات، یعنی روماتزم کی غیر موجودگی اور حقیقی عدم دمویت، پر غور کرنے سے کی جا سکتی ہے۔

اورطی کا انورسما اکثر اوقات قاعدہ قلب پر ایک خیر پیدا کر دیتا ہے جو غلطی سے اورطی تند کا خیر خیال کیا جا سکتا ہے۔ فی الحقیقت اورطی رقبہ کا ایک سادہ انکماش خیر، جس کے ساتھ بازروی کے خیرات نہیں، مصراع ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انورسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید ثبوت کے لئے قفس سے دائیں طرف کو غیر طبی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی جستجو کرنی چاہئے۔ اگر خیر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصراع میں مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہ ہو تو انورسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے۔

التهاب تاء حود (pericarditis) اکثر ایک پیش پی آواز پیدا کر دیتا ہے، جو دوسرے اورطی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ خوش ہوتی ہے، ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے، اورطی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی، اور شاید جا بجا ضرب قلب کے دوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ ہمزمان نہیں ہوتی۔ حادث مرض کی قلیل المدت روئداد، غیر معمولی درد، قلب کے مقام پر تکلیف، اوپر کے رُخ میں پیش قلبی اصمیت کا بڑھا ہوا رقبہ، اور دہاتی نبض، کی عدم موجودگی، یہ سبب التهاب تاء حود پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوسری دقت خارج القلب خیریات کی وجہ سے پیش آتی ہے، جو ایسی آوازیں ہیں جو فعل قلب کے ساتھ ہر زمان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خیر دروں قلبی ہے اور کسی مصرعی دہنہ پر پیدا ہوا ہے تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض مصرع کا ہے۔ بطبعی اتساع، جو نہ صرف عدم دموبیت سے، بلکہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو، ایک راسی انکماش خیر پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسا واقعہ مرض برائٹ، الکملیت، اور شریانی سلابت (arteriosclerosis) میں، اور مادہ طو پر امراض ساریہ کے عوارض عضلہ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی بیش پرور بلکہ اتساع اور خریک پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرانی مرض سے قریبی طور پر مشابہ ہوگی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔ اس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گردے جو مرض قلب کی وجہ سے ایک مزمن املا کی حالت میں ہوں، ذراتی (granular) بن جاتے ہیں۔ اور اس سے بھی کہ مرض گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے قسق شدہ قلب، نظام وریدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کر دیکھا، اسی طرح جس طرح کہ اتلی مطرانی مرض سے ماؤف شدہ قلب پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کے اتلی مرض میں ہیں روماتزم کی روئدایا التهاب دروں قلبہ کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئے۔ قارورہ میں وہ خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور نبض صغیر اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اس کا زیادہ امکان ہے کہ قارورہ رنگ میں پھیلا، اور مقدار میں قلیل ہو، اور اس میں البیومن کی مقدار زیادہ یکساں ہو۔ اور نبض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابت شریانی اور انکھل (جو اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلائیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا ہے، اور البیومن اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار روئدایا مرض یا املازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔

اس کے برعکس بعض اوقات جبکہ کوئی خیر نہیں سنا جاسکتا ایک مصرعی ضرر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بیشتر اوقات مطرانی فسیق کے آخری درجوں میں ہوتی

ہے، جبکہ اُذین کی قوت فتل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصرعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خیریات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پرسنائی دیکھتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خربہ ایک مصرع کے رقبہ سے باہر تک دوسرے مصرع کے رقبہ کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اور طبی بازروی اور مطرائی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خیریات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرائی تسدد بار بار بلا اپنے مخصوص نوعیت کے خیریات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماش خیریات اور انبساطی خیریات جب یہ ٹھیک مقام صدم پر پہنچنے جائیں (اور قاعدہ پرسنائی دیں) تو مطرائی تسدد کا نہایت قوی ثبوت ہے۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر ان سے شامل خیریات اور طبی بازروی کے ساتھ (خیریات فلنٹ: Flint's murmurs) (ملاحظہ ہو صفحہ 269) ملحق تادمور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری

حالتوں کی وجہ سے تسع بطین کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدہ گوں کے توجیہات مختلف ہیں:۔ اگلے مطرائی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اور طبی بازروی کی روکا تصادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطینی روپر دھکیلے جانے سے۔ مندرجہ بالا دو روؤں کا باہم دگر لچکانا۔ ایک منجھدار کی پیدائش جو بائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرائی درمنہ طبعی جسامت کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات اضافی ضیق (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر مجببیت قلب کی تخمین ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم پھو لینے یا خستگی کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جسامت سے مصرعی نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جس اور قرع سے معلوم کی جاسکتی ہے۔ لاشعاعیں استعمال کی جاسکتی ہیں، اور یہی اور یساری بیش پرورش کا تناسب

ظاہر کرنے کے لئے برقی قلب بکھار بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔

قلب اور پھیپھڑوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جاسکتی۔ لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوجوانوں میں مطرائی مرض اور سِل ریبی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی مشابہت ہوتی ہے کیونکہ اول الذکر نمایاں شہوب، لاغری اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

انذار۔ ایسی ایک ہزار اصابتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ الحدت آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20)۔ ثبوت ہوا کہ ایک خراب انذار کے لئے اہم ترین عناصر قلیل تحمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔ چنانچہ معتدل کلانی اور قلیل تحمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں گوکہ چند بلا تغیر زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلانی کی صورت میں ۶۶ فیصدی اور امتلائی فشل کی صورت میں ۷۹ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں، اور اگر الان دونوں گروہوں کو یکجا کیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریض بلا تکلیف اور بلا تغیر ۱۰ سال زندہ رہے، اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریض زیادہ تر امتلائی فشل کی وجہ سے مر گئے، اور ۲۶ فیصدی فشلی امیابیوں میں اس فشل کے ہمراہ ساری التهاب دروں قلبہ اور (۳۰ فیصدی میں) اندیشی ریشکی انقباض تھا اور دوسری اصابتوں میں التهاب شعبی اور دیگر سرایتیں دیکھی گئیں۔ ناگہانی موت، کل اموات میں سے ۱۱ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استماعی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض جن کو پہلی مصرعی مرض نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔ اور طی ضیق اور آتشکی اور طی بازروی کی شرح اموات ۶۰ فیصدی ہے (یا انیوزیم کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۵۸ فیصدی)۔ غیر پھیپہ خیر آتشکی اور طی بازروی کی شرح اموات ۳۳ فیصدی، مزوج بازروی اور مطرائی ضیق کی ۳۰ فیصدی، اور مطرائی ضیق کی ۳۷ فیصدی (ریشکی انقباض کو مستثنیٰ کر کے ۲۹ فیصدی) ابتدائی

مطرائی ضیق میں شمر ۱۰ فیصدی، نفویا فتم ضیق میں ۳۹ فیصدی، خفیف اور طی بازروی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ بازروی میں ۴۵ فیصدی ہے۔ لہذا مصراعى ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انداز میں دو عامل جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی اذینی ریشکی انقباض اور سخت الحار جراثیمی التهاب دروں قلبیہ (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ اصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زندہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انقباضی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مر گئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد و شمار درج کئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دینے کی ضرورت ہے مثلاً ایک مطرائی انکماشى خیر کی عدم اہمیت علامتیہ کی وجہ سے معذورا خدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرائی بازروی کے خیر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہوئی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہوگا یا نہیں۔ مطرائی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے کیونکہ وہ روماتزمی مطرائی مرض کے مزمن یا مکرر حادثاتوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر مر اہت رک جائے تو وہ برسوں ٹھہری ہوئی حالت میں رہے۔ اور طی بازروی اور مطرائی ضیق کا اجتماع انداز کو زیادہ خراب نہیں بناتا۔ بچپن میں حادث روماتزم یا دیگر مصراحتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلہ قلب اور مصراعوں کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرائی ضیق ہونے کا امکان، اور عمر مریضوں میں اذینی ریشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فشل میں اگر ریشکی انقباض موجود ہو تو فوری انداز بہتر ہو جاتا ہے، لیکن آخری انداز خراب تر ہوتا ہے۔ اور طی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر کشکی اور طی بازروی میں جراثیمی التهاب دروں عضلہ قلب کا امکان حل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہو جانا۔

تحریر یہ۔ چونکہ نوعمر بچوں میں مرض قلب کی بیشتر اصابتیں حادث روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، اندازاً اسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے جس طرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصرعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis) پیدا کر سکتی ہے۔ پیچوجوفیزی (pyorrhoea alveolaris) 'مُسوقت جبکہ پیسپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں، لیکن اُن پھوڑوں کو خارج کر دینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہئے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھپے ہوئے ہوں اور جو یا تو التهاب دروں قلبہ کا ایک حادثہ واقع کر دیں یا ایک مزمن غیر محسوس سرایت اور اُس کے ساتھ مصراعوں کا ترقی پذیر تشوہ پیدا کر دیں۔

تحریر میں ایک دوسرا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ دروازہ ترم کے خفیض ترین ظواہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حادثہ سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراش حلق، التهاب لوزتین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہئے، کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ ان عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی مآؤف ہو گیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طباقوں کے بچوں کے متعلق نسبتاً زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرض قلب سے زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آشک مرض قلب کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہو گیا ہو تو جلد ہی شدید دافع آشک علاج عمل میں لانا چاہئے۔

شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انحطاط عضلہ قلب ہوا کرتا ہے، چنانچہ اس کے حفظ و التقدیم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجہ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصرعی مرض پر بلکہ ملتصق تہامور (adherent pericardium) اور انحطاط عضلہ قلب کی

اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔

علاج پر غور کرنے سے پہلے اموز ذیل کا دریافت کر لینا ضروری ہے :- (۱) آیا فشل قلب کے ابتدائی امارات، یعنی تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد تحت القفسی یا پیش قلبی درد ہونا - موجود ہیں - (۲) آیا بعد کے امارات، یعنی گردن اور بکرگی و ریدوں کا احتقان، زراق، اور تہج موجود ہیں - (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصرعی مرض کے یا تغیرات عضلہ و قلب کے امارات موجود ہیں - (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور خامسک اذینی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں - (۵) آیا قلب میں حادث سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے۔

اصول علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے ذمہ جو کام پڑے وہ اُس کی قابلیت سے زائد نہ ہو۔

فشل قلب کی ابتدائی اصابتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں۔ کام کی اُس مقدار کا معلوم کر لینا ضروری ہے جس سے غیر معمولی مکان یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا دردِ قلب کا حملہ ہو جاتا ہو۔ کامل طور پر ندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلی ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں۔ تازہ تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبی پرنائی دینے والے انکماش خیرات کے باوجود روماتزمی یا اور کسی سرایت کی سرگزشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلانی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلی ورزش کر سکتے ہیں اور اُس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اُس سے زائد ہو جو ایک طبی شخص محسوس کرتا ہے۔ ایسے اشخاص میں اُن کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن جب اورطی بازروی یا مطرانی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عملندی یہی ہے کہ مریض کو اُس کے قلب کی پوری قوت محفوظہ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دینی چاہئے۔ اس بیان کا اطلاق مطرانی بازروی اور اورطی ضیق کی ان اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔

کہ جن میں واضح کلانی قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش، مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پہاڑی پر نیزی سے چلنے، یا سطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، ان میں ان علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اس کے ساتھ ہی جو ورزش برداشت ہو سکے اس کی اجازت دینی چاہئے۔ اس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی برا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہہ دینا چاہئے کہ اگر بالفرض اس وقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا ہو علامات پیدا ہو جائیں تو اسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام امیابتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام امیابتوں میں جن میں فشل قلب ترقی یافتہ ہو، ان امیابتوں میں جو ویریدی امیابت ظاہر کرتی ہوں، اذنی ریشکی انقباض کی امیابتوں میں جن میں قلب مربع ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم ان مریضوں میں جو کمزور ہونے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، بستر پر آرام لینا ضروری ہے۔ مریض کو چپٹ لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب تنفس انتصابی ہو تو اسے بستر پر سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو نشوونما اور ہيجان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے اور بالخصوص نیند اچھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کامل ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریض قلب کے معاملہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ بستر میں نوے سے دس گھنٹے تک گزریں، گو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اس کی نسبت کم ہو۔ دھسکی (Whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دیجا سکتی ہے، یا پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) ۱-۲ ڈرام کی خوراکوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور مربع الہضم ہونی چاہئے۔ وہ مخلوط ٹھوس (solid) اور مائع ہو سکتی ہے، مقدار میں یہ کسی ایک وقت میں اتنی ہو کہ معدہ کو گرہا کر دے، اور اس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو رحیت اور تمدن پیدا کرے۔

سیالات کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہئے۔ اور اگر تھج ہو تو طحی در آمد کو کم کر دینا چاہئے۔
 فرہی (obesity) میں قلیل الحارہ غذا دینی چاہئے کیونکہ فرہی تحول بڑھ جانے کا
 ایک عام سبب ہے۔ حال میں مرض قلب کا علاج بذریعہ درقیہ برآری بھی کیا گیا
 ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے۔
 جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افاقہ حاصل ہو تو ورزش
 کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہئے۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی
 اجازت دیکر اسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب
 مریض اٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے
 یہاں تک کہ ورزش کی حد برداشت تک پہنچ جائے۔

ترقی یافتہ فٹل قلب کی اصابتوں میں جن میں مختلف احشاء کی امتلاء کے
 ساتھ اذیماء موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں :- (۱) اذیمائی سیال کا
 اخراج، یا خون نکال دینا۔ (۲) آکسیجن کا استعمال۔ (۳) ادویہ، بالخصوص ڈیجیٹالس
 کا استعمال۔

(۱) اگر کہفہ پلیورائی میں بہت سیال موجود ہو تو بذریعہ نزل (tapping)
 اس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا۔ اگر استسقاءے کلی (anasarca)
 زیادہ ہو تو ایک بڑی چوٹی جراحی سوئی سے ٹانگوں کو دس میں جگہ کچھ کا لگا سکتے، یا
 انبوبات ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی مسیلت کر سکتے ہیں۔ مریض کو
 ایک کرسی پر بارہ باجو میں گھٹنے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکائے رکھنا چاہئے تاکہ
 سیال جاذبہ کے اثر سے ان کے اندر اتر آئے۔ انھیں نہایت احتیاط کے ساتھ
 صاف کر کے آبیوڈین کا ہلکا محلول ان پر لگانا چاہئے۔ سیال کو ایک مغسل میں
 نیچے بہ کر آنے دینا چاہئے، اور گرمی پہنچانے کے لئے مغسل پر ایک کتل لپیٹ دینا
 چاہئے، لیکن اس کا خیال رہے کہ جہاں کچھ کے لگائے ہیں وہاں کتل ٹانگوں کو
 نہ چھونے پائے۔ استسقاءے شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے، اور ان کا ڈرائیو
 سے وہ دباؤ جو دوران خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے۔ د اعیامت فصلہ شدائد تنصافی
 تنفس اور زراق ہیں کہ جس کے ساتھ وریدیں متعدد ہوں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ

عام شریانی خون کا دباؤ گرا ہوا اور وریدی دباؤ متناظرًا بڑھا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب اس قدر محقق ہو گئی ہے کہ اُسے اپنے مافیہ پر منقبض ہونے میں دقت ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں اُذینی ریشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے۔ وسطی ورید باسلیق میں چرکا لگا کر ۲۰ یا ۳۰ اونس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہو کر تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ انتہائی اصابتوں میں قاعدہ گردن میں بیرونی دواجمی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ مریخ اثر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس صورت میں اگر وریدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی برے سے بچے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی۔ ورید میں ایک سادہ چرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کھوکھلی سوئی استعمال کی جائے جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو۔ پھر اس بوتل پر امتضا عمل میں لایا جاسکتا ہے۔

(۲) فقل قلب کی ان تمام اصابتوں میں کہ جن میں ساتھ ٹانفولی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلات قلب کے انحطاط میں خاص کر اس وقت جبکہ اغلب ہو کہ اکیلی ٹرائین متغلب ہیں، آکسیجن دینی چاہئے۔ نو عمر موضوعوں میں روماتزمی اسل کے فقل قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی۔ بہر اور زرق سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور مصراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہئے۔ اس کو انفی قناطر کے ذریعہ دیا جاسکتا ہے، لیکن ہم خیمہ کی سفارش کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۶)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبت چند ہی ہیں۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے۔ اُذینی ریشکی انقباض میں اُس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۴۴)۔ ان اصابتوں میں بطین تیزی اور بے قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے۔ نبض کی رفتار کم پڑ جاتی ہے۔ قارورہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذینا غائب ہو جاتا ہے۔

لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اذینی ریشکی انقباض موجود نہ ہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدراہول اثر کے لئے۔ اُس کے پسے ہوئے پتے اکثر پارہ کے ساتھ لاکر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو ایسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر اُس قدر یقینی ہے جقدر کہ اذینی ریشکی انقباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خیساندہ یا صبغیات کی شکل میں، یا اُس کے جوہر فعال یعنی ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خیساندے کے دو ڈرام یا صبغیہ کے ۱۰ ایادہ قطرے ابتداءً ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبت کم بار یا چھوٹی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی مقدار $\frac{1}{4}$ گرین تا $\frac{1}{2}$ گرین ہے۔ ان مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبت زیادہ سرلیج اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ علاج اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہو جانے والے سببی علامات صفحہ 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔

ان میں سب سے زیادہ اہم اسٹروپنٹھس (strophanthus) ہے جس کے صبغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرات ہے۔ اسٹروپنٹھس کا جوہر فعال، اسٹروپنٹھین (strophanthin) اُس وقت مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فشرل کی حالتوں میں عجلت مفرط ہو۔ اس کا $\frac{1}{4}$ گرین دروں ویریدی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اس کا دروں عضلی یا تحت الجلدی اثر اب کیا جاسکتا ہے۔ کینوئیدین (quinidine) ہے اذینی ریشکی انقباض کا علاج پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔ گذشتہ زمانہ میں اسٹرنین (strychnine) ایک قابل قدر مقوی قلب سمجھا جاتا رہا۔ لیکن ایک با احتیاط و منضبط سلسلہ مشاہدات نے ظاہر کر دیا ہے کہ حاد یا مزمن فشرل القلب دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21)۔ حال ہی میں غلطیاً عضلہ

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی تنش بڑھانے کے لئے فرانس میں اوبین (oubaine) کا استعمال کیا گیا ہے (۱/۲ ملی گرام دروں وریدی راہ سے، یا ۱ ملی گرام براہ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔

۲۷۹ ممکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔ اگر استسقاء ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، تھیو برومین سوڈیم سیلی سیلیٹ (theobromine sodium salicylate) (ڈائیورٹین: diuretin) ۲۰ گریں دن میں تین بار، سلسلہ پورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو یا تو بصورتِ اقرن یا ایک آمیزے میں شربت زنجبیل سے خوب خوشبودار بنا کر استعمال کی جاسکتی ہے۔ یہ ادویہ غالباً کوئی عشاؤ کی نفوذ پذیر ہی بڑھا کر، یا شاید فاعلی گویکوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کر کے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسیجن کے صرف کی زیادتی نہیں پیدا کرتے۔ لیکن اگر گوبکی عروق شعریہ محقق ہوں اور شاید کم ہوا دمویت میں مبتلا ہوں، تو ممکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوسیا (urea) بھی ہاتھ اگرین کی مقداروں میں آزمایا جاسکتا ہے۔ یوریا گویکوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور انیسیات میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انیسیبی سیال کا ولوجی دباؤ بلند رہتا ہے اور انیسیات میں نسبت نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخر آسیرگان (salyrgan) ایک نامیاتی مرکب سیاب (۲ کعب سمر تک دروں عضلی طور پر) اور نیپٹال (neptal) (ایک کعب سمر تک) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ حب سیابی (Pil Hydrarg.) کا نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر انکے ساتھ ساتھ ایمنیم کلورائیڈ، چوبیس گھنٹوں میں ۱۰۰ گریں کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمویت پیدا کر کے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لسونت کچھ جذب کردہ سیال آزاد کر دیتے ہیں۔ اس حقیقت کو اُس وقت یاد رکھنا چاہئے جبکہ کچھ متلازم الہیاب گردہ بھی ہو، جس میں ترشہ دمویت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔ قلب پر زرد اکثر شدید ہوتا ہے، اور اس میں لغاح (belladonna) کے پستروں

سے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے اور پاگرمین مارفیا کے تحت الجلدی اثراب سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کھانسی کا تدارک تمنیفات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التهاب شعبی کا علاج) اور قے کا تدارک قوارمحات سے۔ اور ملی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت قلب کا تند فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی وریدوں کا توڑ پنا ہے۔ اس میں صغیہ بھینگا (۱ تا ۳ قطرات) کے، برومائڈز کے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہو سکتی ہے۔ ریوی نرف شاذہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اس کے لئے حاسات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہو جانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران عدم حیثیت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ۱۰۰۰ میں حصہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۳ تا ۴ سی۔ سی کا اثراب ایک پچکاری کے ذریعہ سے دائیں بطن کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچہ لمبا ہوتا ہے، پانچویں فلسی کرٹی سے اوپر، عظم الفص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گزاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ۱ تا ۲ انچہ کی گہرائی پر بطن کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اثراب سے پہلے ٹھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بوڑھے اشخاص کے عضلہ قلب کے مرض میں سانس بچھولنے کے دوری حملے بہت تکلیف پیدا کر دیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشاقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اثرابات (ان سے بھی تسکین ہو جاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ سانس کا بچھول جانا اضافی چپ جانبی فشل کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252) مصنف نے پھیپھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے پلیٹس (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آتشکی التهاب عضلہ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہئے۔ سلف آرسینال (sulfarsenol) (۳ و ۴ تا ۴۸ گرام) کے عمیق تحت الجلدی اثرات ہفتہ وار دئے جاسکتے ہیں۔ اس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گزر جانے لے جاتے ہیں۔ نصاب کے دوران میں یہ گرین یو آئیوڈائیڈ آف کیوئی (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورت اقراص دیا جاسکتا ہے، جو بڑھا کر دن بھر میں ۱۲ یا ۸ دئے جاسکتے ہیں۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیم آئیوڈائیڈ دینا چاہئے۔

مرض قلب اور حمل۔ اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا ان مریضوں میں حمل ہونے دینا چاہئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر مطرانی بازروی، مطرانی ضیق یا اورطی بازروی کے خیرات موجود پائے گئے ہوں۔ ذیل کی صورتوں میں حمل ہونے دینا چاہئے:- (۱) اگر اس کی شہادت موجود ہو کہ مصرعی مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں مصرعوں کا کوئی التهاب نہیں ہوا ہے۔ (۲) اگر جہد کی مجیبیت اچھی ہو۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو۔ (۴) اگر اس کی لے طبعی ہو۔ (۵) اگر اورطی بازروی میں انکماش اور انبساطی فشار دموی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہ ہو، اور ضربتہ الراس بہت زیادہ باہر کی طرف یا بہت زیادہ زوردار نہ ہو۔ (۶) اگر مطرانی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد شش میں متواتر تکتکات (جو اذیمیا کا آغاز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں۔ دوران حمل میں متزاد انکماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہئے۔ لیکن اذینی ریشکی انقباض کی موجودگی کو قطعی رکاوٹ تصور کرنا چاہئے (Mackenzie)۔ اگر مشورہ کے خلاف حل شروع ہو گیا ہے تو مریضہ پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حمل کو ختم کر دینا چاہئے۔ جب کبھی قلب فعلی ناکار کردگی کے کوئی امارت ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لیتے رہنا چاہئے تاکہ پھیپھڑوں کے اندر سے دوران خون ہونے میں مدد پہنچے۔ حمل کے آخری مہینوں میں وضع حمل کا امالہ کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اس سے زیادہ بار پڑتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع حل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ ایسی اسابتوں میں شگاف قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئے، بالخصوص اسوجہ سے کہ اس عمل میں فالو پیائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے۔ میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو، اور وہ اسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو۔

خبیث التهابِ دروں قلبہ

(malignant endocarditis)

ساری عفونی، تفریحی یا جراثیمی التهابِ دروں قلبہ

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

بحث اسباب۔ حاد روماتزم خبیث التهاب قلبہ کا پیش رو ہے، لیکن ایسی اسابتوں کی تعداد [۱۶۰ میں سے ۵۲۔ آسٹر (Osler)] اس تعداد سے کم ہے کہ جس میں روماتزم سادہ التهاب دروں قلبہ کا سبب ہوتا ہے۔ ان میں سے بعض اسابتوں میں علامات کا غور روماتزمی تپ کے دوران میں ہو جاتا ہے، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصراعی مرض کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں، جو وقوع ہریت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ اس کے برعکس، خبیث التهاب دروں قلبہ وقوع اسوقت بھی ممکن ہے جبکہ مصراع تندرست ہوں، بالخصوص تکشف اور سخت عضلی کام کے بعد۔ زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہو چکی ہے (۱۹)۔ علامہ روماتزم کے اس کا سبب متعدّد مادّات الریہ، ثورانی حمیات مثلاً قرمزیه، نفاسی اعمال (puerperal processes)، سطح جسم پر کے کھلے زخموں کی موجودگی، عفونت الدم اور تقيج الدم (پانی میا) ہو سکتے ہیں، غشیہ منجلیہ سے یہی اخراجات مواد (التهابِ جریّ البول، التهابِ ہسل، جو فیزیکی بھی یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں، لیکن آخرا الذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اسوقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیپ کسی وجہ سے رکنا رہنے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیلیت نہ ہوتی ہو
ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التهاب لوزٹین یا بالٹوں کی حالت میں ہندانی
خراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے۔ ۱۰۰۰ فارغ الخدمت آدمیوں میں کہ جن کو
مرض قلب تھا، تحت الحاد جرثومی التهاب دروں قلبہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں
ہو گیا۔ اور ملی باز روی کی غیر آشکی اصابتوں میں یہ ۳۲ فی صدی میں موت کا
سبب ہوا، لیکن مطرانی ضیق میں ۶ فی صدی میں (20)۔

ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis) میں احتشاء کے
اندر مختلف دقیق عضویہ پائے جاتے ہیں۔ نبقات سجیہ، یعنی نبقہ سبجیہ انحصار
(S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر ملنے والے
نبقات سجیہ سے ماثل ہوتے ہیں۔ نبقات عنبیہ، نبقات سجائیہ، نبقات ریوی
فریڈ لینڈر کا عصیہ اذات الوبہ، اور تدرن، خناق و بانی، اور تپ محرقہ کے
عصیہ، اور نبقہ سوزاک اور ناہوا باش (anaerobic) عصیہ کبھی کبھی ملتے ہیں۔
یہ عضویہ کسی مرکز سرایت سے نکلا خون کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور وہاں
سے پھر مصراعوں پر مرتب ہو جاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ عادتوں میں نبقہ سجیہ
دوران حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ التهاب دروں قلبہ کی اس قسم میں ملتبہ شدہ مصراع
کی بافت نرم پر کر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تارکلات یا تقرحات پیدا ہو جاتے
ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سطح پر، جو کھردری ہو گئی ہے، فائبرین مرتب
ہو جاتی، اور روئیدگیوں کے بقاعہ تودوں کی صورت میں جمع ہو جاتی ہے،
جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہو جائیں۔ مناسب
طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور روئیدگیوں کے حرم میں کم و بیش گہرائی پر عضویہ
دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ عادتوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے
ہیں نیز نہایت زدہ سطح کے نیچے ایک منطقہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی درریش
کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضویہ نسبت بہت کم ہوتے
ہیں، اور اعمال اندمال جو لیفی نامضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

نسبت زیادہ بدیہی ہوتے ہیں۔ مصراع میں کمر ان اعمال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مشقوب ہو جائے، یا سبج کی دھبیاں جزو جدا ہو کر خون کی رو میں ڈھیلی لٹکتی رہیں، یا بعض حصے بکلم جدا ہو جائیں۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اتلا فی عمل سے اتنا کمزور پڑ جاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابلہ کی تاب نہیں لاسکتا، اور مصراع کا ایک تاجلی اتساع یا انورسما پیدا ہو کر مقابلہ جانب پر ابھرتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھبہ جو بطین کے انماش و انبساط کے ساتھ خون کی روؤں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کھینچتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کہنوں کی دیواروں سے متبادلاً ٹکراتی ہے متعلقہ حصوں میں التهاب دروں قلبہ، یا شریان کے اندرونی انتزاع التهاب (endarteritis) پیدا کر دیتی ہے۔ دھبہ کے ٹکرانے کے مقام پر سرایت واقع ہو کر استری صلی کے التهاب کی ایک تازہ جلیبی پیدا ہو جاتی ہے۔

281

لیکن جبیت التهاب دروں قلبہ کا اہم ترین اثر سارے نظام شریانی کی وہ سرایت ہے جو مصراعوں کے جدا شدہ ریزوں سے پیدا ہو جاتی ہے جو اعضا بعیدہ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کے مخصوص مظاہر اسی عمل کی وجہ سے، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں۔ سدا بیت جسم کے تقریباً کسی بھی حصے میں واقع ہو سکتی ہے۔ وہ بالخصوص لجال اور گردوں کے عروق میں عام ہے، لیکن دماغ، غذائی کنال، جلد، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانوں، جیسے کہ کبیری، زندگی، قصبیتی، عضدی، اور دوسری شریانوں میں بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ان انفرانات کے مقامی نتائج یہ ہیں: (۱) دوران خون کا تسد (۲) مسدود عرق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تنخ یا نرفس، یا ان دونوں کا وقوع، اور منغصات کی نکلون۔ اور (۳) دقیق عضویوں کے عفونی اثر سے اسی رقبہ کا تفتیح، اس وقت جبکہ عمل حادث ہو (ملاحظہ ہو سدا بیت: embolism)۔

مختلف اعضا پر اثرات، جیسے کہ وہ جبیت التهاب دروں قلبہ کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں، یہ ہیں: دماغ کی لینت (softening) اور عراج

اور التهاب سحایا (meningitis) - شبکیہ کے نزقات اور عصب بصری کا التهاب -
 لہال کا منتشر ورم، انفعام اور خراج - تین طریقے ہیں جنسے گروسے ماؤف ہو سکتے ہیں -
 (۱) حادثی التهاب گردہ (acute toxic nephritis) ہو سکتا ہے - (۲) حادثی
 سداوی التهاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہو کر کلیات کو دیا
 گردے (flea-bitten kidney) پیدا کر سکتا ہے، جو اکثر بڑے، اور ایک
 سفید زین پر زنی نقطوں کی وجہ سے دھبہ دار ہوتے ہیں - خوردہاں سے دیکھنے پر
 مختلف الجسامت دروں کیسی نزقات نظر آتے ہیں جو بتدریج تعضیہ یافتہ
 ہو جاتے ہیں، اور زحکی بافت کا ایک چکیتی دار اُذیما بھی، بلا لپاؤ کے نظر آتا ہے
 (۳) انفعام کے ذریعہ سے - ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزقات، پھیدھروں کے زنی
 مفعات اور خراج، ذات الجنب اور دہلیہ بھی موجود ہوں -

سادہ التهاب دروں قلبیہ کی طرح خبیث التهاب دروں قلبیہ بھی خامکر
 قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے - لیکن ان اصابتوں کا تناسب، جن میں
 دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم
 کے التهاب کی صورت میں ہوتا ہے - اصابتوں کی غالب تعداد میں خبیث التهاب
 دروں قلبیہ انھیں مصراعوں پر ہوا کرتا ہے جو ماسبق سادہ التهاب دروں قلبیہ کے
 اثرات ظاہر کرتے ہیں -

علامات - اس مرض کے علامات، اور اس کا عمر نہایت اختلاف ظاہر
 کرتا ہے - بعض اصابتوں میں علامات ابتدائے محض یہ ہوتے ہیں کہ تپا آکر دوپہر کے
 بعد پیش بلند ہو جاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے
 جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اسے مصراعہ مرض
 ہے، اور یہ کم و بیش کامل طور پر تعویض یافتہ ہے - تپش ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲
 یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو - لیکن وہ عموماً منتفخ یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات
 طویل عرصوں تک حیرتناک باقاعدگی کے ساتھ - پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے
 کبھی کبھی ایک قشعرہ بھی ہو - نبض سریع ہو کر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جو لانی رکھتی ہے، بلکہ
 اس سے بھی بلند تر - اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک نہ ایک دہنہ پر ایک خیر

سنائی دیکھا، لیکن یہ زیادہ تر بائیں جانب پر ہوتا ہے۔ تاہم یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ ان
اصابتوں میں ممکن ہے کہ خیرات بیکارہ غیر موجود ہوں۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی
ہے، اور ممکن ہے کہ البیوسین بولیت یا دم بولیت موجود ہو، اور ثانوی عدم ذہنیت
بھی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ اصابت حاد التهاب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ جہاں
روما تزم کی مابقی سرگزشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ
قلب کی جسامت اور اس کے فعل کی غیر طبیعی حالتیں پائی جائیں۔

کثیر التعداد اصابتوں میں تبہ صحر قلب سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے،
بالخصوص اسوجہ سے کہ تب کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اس کے ساتھ
درد سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی مرایت سے یا سدا دیت کی وجہ سے
ہوتی ہے۔ لیکن گلابی دھتے نہیں ہوتے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو جاتی کہ
اُسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہو جائے، جیسی کہ دوسرے شدید حنائی امراض
کی ابتداء میں ہوا کرتی ہیں، درد سر یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صریح قشعریرہ
یا قشعریرے۔ پھر اس کے بعد شدید ارتفاع حرارت اور اس کی معمولی حالتیں،
یعنی بلند نبض، سرخ نبض و تنفس، خشک زبان، عدم اشتہا، تشنگی اور کسکندی
پیدا ہو جاتی ہیں۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر منہلج بے پروا، غنودہ
ہوتا ہے، اور رات کے وقت اُسے ہڈیاں ہو جاتا ہے۔ لیکن اس علامت کے
نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی قشیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے، تغیر پذیر
ہوتا ہے۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں،
جو تب محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو۔
ان اصابتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، یعنی
اس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری التهاب درون قلب (subacute infective endocarditis) کی اصابتوں میں ہوتی ہے۔

اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعریرے ایک نمایاں علامت
ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر میں ایک، دو، یا زائد بار ہوتے ہیں، اور اس نفعیہ اللہ
سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ حقیقت

یہ ہے کہ التهاب لبت العظام کی حالت میں، جو بقلہ عنبدیہ ذہبیدہ کے باعث ہو، ممکن ہے کہ ساری التهاب دروں قلبہ کوئی مخصوص میٹز علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرور صرف امتحان بعد المہات یعنی لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو۔ بطرح ایک دوسرے گرد میں عضویہ دماغی سحایا پر حمل آور ہوتے ہیں، اور التهاب سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظر ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں، ان علامتوں پر جو کہ عفونت الدمی تہمت پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی مستزاد ہو سکتی ہیں جو سداویت سے ثرائین یا شریا کھو کا تہد واقع ہونے کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سداویت ہو کر فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کر دیتی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہو گئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کئی نبض غائب ہو جائے گی۔ لیکن تا وقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہو جائے، گنگرین یا مردین کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ احشاء کے چھوٹے عروق کی سداوتیں زیادہ اکثر الوقوع ہیں۔ اس طرح اکثر طحال کی کلائی اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے، جو جزر مفعمات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہو سکتی ہے۔ مفعمات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں البیوس یا خون نمودار ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نشی نزفات ظاہر ہو جاتے ہیں، جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اور دھڑپ، جگکاسوں اور بغلوں کے گرد و پیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پریڈیڈری لبت ہیمینوں تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک احمراری ملم نمودار ہو جائیں گے، یا مخصوص ہاتھ کی انگلیوں کی خم پذیر سطحوں پر، اور چند روزہ گہرے پھرے اور غائب ہو جاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے، اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبت بڑا اور الیم گہرا جلد کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسنسکس کے نقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سداوی واقعات ہیں۔ شبکیہ میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نفش الدم

اور مرعاف بھی ہو۔ سدا دی اعمال غالباً بعض التهابی حالتیں بھی پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً التهاب گردہ کی وہ قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، اگرچہ یہ مشکوک ہے کہ یہ التهابی حالتیں عروقی تسد کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہو جانیکا۔ التهاب گردہ یا منفعات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات التهاب عصب بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گردہ اُن کم و بیش مزمن امایاتوں کا ہے جنہیں تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبہ (bacterial endocarditis) یا بطی التهاب دروں قلبہ (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19، 23، 24)۔ یہ مرض محسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شاحب اور عدیم الدم ہو جاتا ہے، وہ انکسی میں مبتلا ہو جاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر درجہ فارن ہائٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ انگلیاں میز طور پر گر شکل ہو جاتی ہیں، اور طحال بڑی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی نمشی (petechial) یا دوسرے سدا دی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے اِخاض سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔ نقاط آسکرمض کی اس قسم کے لئے بالخصوص تمیز ہیں۔

ضمیمہ التهاب دروں قلبہ کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اس کی بعض اصابتیں، جن میں مستمر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ نتیجہ الدموی یا شدید محرقی قسم کی حالتیں، یا وہ جنہیں التهاب سحایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں ہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً فشل قلب، یا یوریا دمویت یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص اس کا انحصار متفتر یا عفونی قسم کے ارتفاع حرارت، مصرعی مرض کی موجودگی، اور سدادیت کے متذکرہ بالا مظاہر پر ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت، اور التهاب عصب بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارات ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماری بھرمیں خیر موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی یہ مصرعی مرض انفلونزا تپ محرقہ، یا تدرن کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار

سدا دیتوں کے وقوع پر ہی رکھنا پڑے۔ جبیش التهاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے قپ ہر قد سمجھ لیا جاتا ہے، لہذا امتحانات التزاقی (agglutination tests) عمل میں لانے چاہئیں۔ بعض تحت الحاد امابتوں میں طحال بڑھی ہوئی اور عدم دمویت اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا ہوتا ہے۔ اس کا امکان اس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ منشاست یا مخاطی جھلیوں کے نزحات موجود ہوں اور جبکہ خربقینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی التهاب دروں قلبہ سے ملیں یا کانگان پیدا ہو سکتا ہے۔ مسلسل ارتفاع حرارت جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیر دخیبت لسان (miliary tuberculosis) نیز جبیش التهاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات مشاہدے میں آجانے چاہئیں۔

نوں کا امتحان نبقات سجمیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے۔
انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، اور محرقی یا تقيج الدموی قسم کی ایک نمایاں اصابت سے شفا یابی شاذ ہوتی ہے۔ اس کے برعکس، تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبہ کے حملوں کے بعد تخفیف ہو گئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف وقفے کے بعد پھر واقع ہو جائیں۔

تخریر۔ عفونی دانت نکال دینے کے بعد اس کی اصابتیں واقع ہو گئی ہیں بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ خالی از خطر طرز عمل یہ ہے کہ دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کھرچوا کر صاف کرایا جائے اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں کو جن کا نکال دینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلوادیا جائے۔ ایک وقت میں ایک ایک یا دو دو دانت کر کے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطرہ ہے کہ منہ میں جو عفونی دانت پیچھے باقی رہ جاتے ہیں اُن سے زخموں کے سرایت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

علاج۔ بیشتر اصابتوں میں صریحاً اس سے زائد نہیں ہو سکتا تخفیف مرض

کرے۔ جیسا کہ قلعج الدم میں کیا جاتا ہے، اگر کوئی زخم یا جلدی قرصہ (sore) ہو تو اسے عذیم العفونت کر دینا چاہئے، اور کوئین (۵ گرین)، سلوڈیم سلفوکاربونیٹ (۲۰ تا ۲۰۰ گرین)، یا سلوڈیم ہیزوئیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار دیکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہئے۔ چند اساتوں میں ضد نبی سبھی مصل یا خود زاد جدرین کے تحت الجلدی اشراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضویوں کا ملنا نامکن ہوتا ہے، اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کر لی جاسکے تو تشاؤ منتشیات کے سوائے وہ اکثر بیکار ہوتی ہے۔ جب عضویہ تفریکہ کر لیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اُس کی تطعیم کر کے اُس رشتہ دار سے مریض میں مناعی نقل الدم عمل میں لایا جائے۔ مریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو حالی مالتوں میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال وافر کر دیا جاسکتا ہے۔ ہدیہ شاذ ہی اس قدر تند ہوتا ہے کہ اُس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ ہیبت دئے جاتے ہیں، کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔

علامیہ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل - سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے۔ ہزار ہا سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذورا خدمت قرار دئے گئے جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا، اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضرر کی نوعیت پر اس ضرر کے بہترین طریقہ علاج پر، نیز مریض کی جنگی ملازمت کے

مستقبل کے انداز پر، یعنی اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور و خوض کرنا پڑتا تھا۔ اس موضوع پر اُس روئداد میں بحث کی گئی ہے جو ٹی۔ لیویس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقات طبی کی خدمت میں پیش کی (خاص روئدادوں کا سلسلہ ۵، ۱۹۱۷ء)۔ اور اس اہم روئداد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کئے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے حقیقی یا فرضی نقص کی بنا پر دورانِ تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیئے گئے تھے۔

بحث اسباب۔ متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تمدن، جو جنگی

مصراعِ مرضِ قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متعین علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے، جسے علامیہ جدید کہتے ہیں۔ آخر الذکر قسم کی اصابت کو (یعنی جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہ ہو) ”قلب کا غیر منظم فعل“ کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کی طرف اشارہ کرتا ہے اور اس طرح مریض پر ایک بُرا اثر پیدا کر دیتا ہے۔ لیویس کا میلان خیال یہ ہے کہ اس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

284

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کو علیحدہ کر دینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ بالخصوص مصراعِ مرضِ قلب کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ اس میں اور طبعی یا مطرانی انبساطی اور پیش انکماش خیریات ظاہر کرنے والی امتزاجات شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماش خیریات خواہ قاعدہ قلب یا راس پر موجود ہوں، کیونکہ اس قسم کے خیر کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماش خیریات کی موجودگی شاید ہی مصراعِ مرض پر دال ہوتی ہے، اور اس حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماش خیر کی بنا پر معذور الخدمت قرار دیئے ہوئے مریض امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔

یہ عارضہ خاصہ قعودی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے اور بالخصوص زیادہ زمین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ ان میں منشیات سے قطعاً پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۴۵۴ مثالوں میں ۳ فیصد)۔

زہراوی امراض کی روئداد نہایت شاذ ہوتی ہے، بلکہ اس کے برعکس اکثر استنبالید یعنی خلق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔

غالباً عصب تائید کا فعل غیر طبعی ہوتا ہے، جیسا کہ دوران تنفس میں شرح نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔

نظام مشارکی، اڈرینالین (adrenalin) اور آپوکوڈین (apocodeine) سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ نتیجہ اور منخفض ہو جاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی ہیجان ہو سکتا ہے۔ اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism) اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت یہ مریض بالکل اُسی طرح کر سکتے ہیں جس طرح کہ طبعی اشخاص۔

قلب میں طبعی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں روماتزمی ویداد کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی اماتوں میں عضلہ قلب کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فوراً آمد دغی قلب (heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے، جیسا کہ برقی قلب بھگار سے ظاہر ہوتا ہے، اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔

خون کی کاشتیں منفی ہوتی ہیں۔

یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تمباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ یہ ثابت ہو چکا ہے کہ تمباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کر دیتا ہے کہ جتنی طبعی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر، دوسری ہندوستانی فوجوں کی طرح، سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تمباکو نہیں پیٹتے۔ علاوہ ازیں تمباکو کا صرف عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا، اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ زیادہ تمباکو پینے والے اُس سے زیادہ فیصدی تعداد میں کام پر واپس آ جاتے ہیں جتنی تعداد میں کم پینے والے آتے ہیں، گو کہ تمباکو مطلق نہ پینے والے اشخاص سب سے زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم پینے والے اشخاص

تباکو کے اتنے عادی نہیں بنتے کہ جتنے زیادہ پیینے والے بن جاتے ہیں۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ تباکو نوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے۔

ممکن ہے کہ اس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا تسیم الدم ہو۔ اس حالت کا علاماتی مخلوط اس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی تدریج میں پایا جاتا ہے اور اکثر مابقی ہر اس کی رو بہ دلالتی ہے۔ ۵۰ تا ۶۰ فیصدی امایوں میں اس عارضہ کی پیدائش میں ہر ایسوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے۔

علامات - ”علامہ جہد“ حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے:- سانس پھولنا۔ یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے، بالخصوص صحت کرنے کے بعد۔ بیداری کے اوقات میں ۶۰ تا ۸۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں۔ دوران خواب میں شرح تنفس طبعی ہوتی ہے، اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی۔ ۵۰ تا ۶۰۔ یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے، اور اس کی نوعیت پیش قلبہ پر بقراری سے لیکر ذبحی توزیع رکھنے والے درجہ تک اختلاف نہ ہوتی ہے۔ یہ خاصہ ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے۔ مسلسل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور اس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں تھکان کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ دوران سر اور غشی۔ دوران سر ایک تقریباً مستقل علامت ہے، اور تبدیل

وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے۔ غشی کے حملے نسبتاً کم عام ہیں۔ اختلاج اکثر ہوا کرتا ہے، بالخصوص ورزش کے ساتھ۔ یہ عموماً سرخ اور زرد اور ضربات قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے، اور اکثر متزاد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر وضع قلبی بے نظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا۔ تاہم متزاد انکماشات ہوتے ضرور ہیں، اور تنفس کے ساتھ جو فی عدم توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں۔ درد سر تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے۔ پسینہ آنا اور سردت جو ارج عام ہے۔ پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے معیبت معمول سے زائد ہوتی ہے۔ مزاج کا چڑچڑاپن، بے خوابی، توجہ قائم رکھنے کی ناقابلیت، تزلزل، ہاتھوں کا رعشتہ، اور متماہٹ عام ہیں۔ کسی بھی شکل میں الکحل لینے کے لئے بے رغبتی ہونا (جو بعض اوقات

تقویٰ کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اسی قدر عام طور پر گھٹن کے سبب سے بھی ایک اکثر الوٹو اور حیرتناک ایٹلاف سمجھنا چاہئے۔

طبعی امارت حسب ذیل ہیں:- قلب کی شرح کی زیادتی، وجہ بات ورزش، یا تبدیل وضع (مثلاً اجتماعی وضع بد کمر کھڑی وضع میں ہو جانے) کی معیبت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک ممتاز اور وسیع طور پر مسئلہ امارت یہ ہے کہ جہد کے بعد شرح نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جہد کی معیبت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروآت حاصل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ صدر کی قوت کی زیادتی ہو یا نہ ہو۔ یہ عموماً اتساع قلب کی طبعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح درون نگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلائی نہیں ہے چنانچہ یہ امارت ناقابل اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوساً عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ قاسر و دلا ۶۰ فیصدی اصابتوں میں بیش تر شئی ہوتا ہے، اس کی مقدار کم ہو جاتی ہے، اور آمونیا اور آمینو ایسڈز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ ۲۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہو جاتا ہے، اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں۔ آمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے، لیکن آمینو ایسڈز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بہ حیثیت مجموعی قارورہ میں کیلیمیم آگزیلیٹ کی قلیں اکثر پائی جاتی ہیں، اور ۱۵ فیصدی اصابتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیر التعداد حیناٹ منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں سپید خلیتوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے، اُن کا اوسط ۱۲۱۰۰ فی مکعب می میٹر ہوتا ہے، اور لمفی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ سپید خلیتوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد مشاہدے میں آتی ہے، لمفوسائٹس زیادہ ہوتے ہیں، اور علامات کی شدت سپید خلیتوں کی کثرت کے ساتھ متوازی ہوتی ہے۔ برقی قلب نگاشیں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتیں۔

انذار۔ عیارت ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آئندہ زمانہ میں صرف تقویٰ کام کے قابل ہوگا:- روماتزمی تپ کی سرگزشت، صحت کرنے پر

سانس کا مواظب شدت کے ساتھ چھلنا، پیش قلبی درد جو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۲۰ یا زائد کی شرح نبض حتیٰ کہ اضطجاعی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انھیں تیس میلر صیوں (steps) کے ایک زینہ پر چڑھنے دیا جائے، اور ان علامات کو دیکھا جائے۔ ۱۔ چہرہ پر تشویش کے آثار، شرج تنفس ۳۵ یا زائد، جو اس وقت بھی قائم رہے جبکہ مریض لیٹا ہوا ہو اور اُس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرح نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص اب تک خارج نہیں کئے گئے ہیں، اُن سب کا علاج تدریجی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لائی جاتی ہیں، جن سے لوگ بڑی حد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے ٹکے یا پورے سالان کے ساتھ منزلیں طے کرائی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اور مریض ہر تیسری یا چوتھی دن بلند تر درجہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزش جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی جماعت بندی کے لئے اوسطاً ڈیڑھ چھینے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفا خانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی حیثیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریر۔ اُن رنگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اس بطور حنائی عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترقیہ حیثیت کی، اور ساتھ ہی کر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ مرایت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانٹوں کے اکھاڑ دینے، لوزین کے نکال دینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایٹھین بمستحق

ایوڈائڈ (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ مخفی زحیری سمائیت کے خارج کر دینے سے اس حالت میں بارہا تخفیف ہو گئی ہے۔ اگر علامات تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور ورزش سے کچھ عرصہ کے لئے آرام دینا مناسب ہے، مگر بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور اس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہئے۔ استفائے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی درد دردمر یا دوران موجود ہو۔ شغل کی مزید ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام جیسے کہ باغبانی۔ مریضوں کی ہمت افزائی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہئے کہ ان کا مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح واضح طور پر معلوم ہو رہی ہے۔ قلب پر خاص توجہ نہیں دینی چاہئے۔ تمباکو، حالت آرام کی شرح نبض کو اور ورزش کے بعد کی علامتوں کو بڑھا دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں برومائڈ زعفرانی ہوتے ہیں۔ اہم ترین علاج تدریجی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اس کے نمو کے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نمو طبعی طور پر اس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قنات ثنائی (ductus arteriosus) اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی سدودی واقع ہوتی ہے، جو کہ پیدائش کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے۔ کسی درجہ میں بھی اس سدودی کے عمل کا ایقاف ہو جانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہو جائے گا۔ بعض اوقات یہ ایقاف اس قدر جلد واقع ہو جاتا ہے کہ قلب میں صرف دو ہی کھنٹے بننے پاتے ہیں، یعنی ایک آذین اور ایک بطن۔ یا تین کھنٹے بننے پاتے ہیں، یعنی ایک بطن اور دو آذین لیکن اسی حالتیں نہایت نادر ہوتی ہیں، اور ان کو ٹھیک کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد تھوڑے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) اور بین بطنی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع ایک عام ترین ضرر ہے۔ یہ ضیق یا تو ریوی مصراعات کے جڑ جانے سے، یا ان کے عین نیچے کے

حلقہ کے تضیق سے، یا خود قمع (infundibulum) کے تضیق کی وجہ سے، یا قمع اور بطن کے درمیان ایک نامکمل فاصلہ ہونے کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائص نمو کی وجہ سے یا بصلہ قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہو ا کرتی ہیں، اور دروں بھی الٹا ہی دل قلبہ (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطن کا مخرج جنینی زندگی میں اس طرح مسدود ہو جائے تو اس کہفہ کے اندر کا دباؤ اسوجہ سے کم ہو جائے گا کہ خون بین بطنی فاصلہ کے سوراخ میں سے بہ کر بائیں بطن کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ نتیجہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ تو کہ اس مرحلہ کے لحاظ سے جس میں یہ ایقاف واقع ہوا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصے میں محض ایک انتہا ہی ہوا اس آخر الذکر حالت میں یہ رورن جن و غشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اور طی اکثر دائیں بطن سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطنوں سے نکلا ہوتا ہے، اور سوراخ بیضوی یا ثریانی قنات یا یہ دونوں نفوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی ضیق اور سوراخدار بین بطنی فاصلہ دونوں الگ الگ بھی واقع ہو سکتے ہیں چند شاذ اصابتوں میں دونوں بطنوں کے درمیان کا راستہ دائیں عقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اور طی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اکیلی ثریان نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزو غشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطن کے قمع کے اندر وا ہوتا (27)۔

بعض اوقات اور طی دہنہ یا ایک اذینی بطنی دہنہ کا تضیق یا انبطاس واقع ہو جاتا ہے جو کہ دوران خون کے قمر اور قلب کے طبعی نمویں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اور طی اور ریوی ثریان کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوسری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

مکن ہے کہ قنات ثریانی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی صریح سبب کے ہو (غالباً یہ پیدائش کے وقت دوران خون میں ایک عارضی تسد ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش افتتاح تقریباً ۳ فیصد

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے اور ایسی صورت میں ایک شق محض یا تنگ مصراع دار فتح ایک کہتہ میں سے دوسرے کہتہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔ ممکن ہے کہ اور طبعی یا ریوی شریان میں تین سگمانہ مصراع ہونے کے بجائے صرف دہری ہوں یا چار ہوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جاسکتا ہے، لیکن اگر تہما یہی ہو تو وہ مابعد زندگی کے مرض کا سنگ بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مشکلات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔

امراضیات - قلب کا نموقوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرض قلب کے تمیز ترین علامات میں سے ایک علامت خراپ ہے اور وہ ذراق نو مولود (morbus caeruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی ذراق کے سبب پر بیض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14)۔ (۱) ذراق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شعریات میں خون کا سست دوران ہو اور اس کے نتیجہ کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو کہ جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریانی خون آکسیجن سے کامل طور پر سیر شدہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں احوال کا اجتماع ہو سکتا ہے اور اگر خون کے سُرخ غلیظ زیادہ ہو گئے ہیں تو ذراق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سوئی کے ذریعہ کبیری یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن مافیہ (oxygen content) کی تعیین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اصابتوں میں کسی قدر شریانی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکتسابی مرض قلب کے ذراق کا خاص سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریانی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلے کوئی رکاوٹ ہو جیسی کہ اذیمات الریہ، ششی شنج، یا مزمن ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) کثرت غلیظات احمر انتہائی ہو اور خون ریوی شعریات کے اندر اتنے عرصہ تک نہ ٹھہرا ہو کہ جس سے تمام جسامات معمولی طور پر سیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) شریانی خون پھیپھڑوں اور نظامی وریدوں سے آئے ہوئے خون کا آمیزہ ہو جیسا کہ سوراندیٹینی

فاصل یا مفتوح سورخ بیضوی اور متلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے۔ پھیپھڑوں کے اندر خون کی سست رفتاری جیسی کہ اکتسابی مرض قلب میں ہوا کرتی ہے، بذاتہ خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیری کی تکمیل کر دے، کیونکہ یہی صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرض قلب کی بعض اصابتوں میں جن میں زراق نمایاں درجہ کا تھا، یہ پایا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۵ تا ۸ فی صدی کی حد تک سیر شدہ تھا۔ جب مرض نے ایک چھوٹے اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گھٹنے تک خالص آکسیجن کا استنشااق کیا، تو یہ سیری ۹۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہو گئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور ریوی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کر دینا ناممکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرض قلب میں محیطی رکود بھی ایک جزو عامل کے طور پر موجود رہ کر زراق کو زیادہ کر دیتا ہے۔

عام ضرر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سو اخذ ارفاصل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پھیپھڑوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کاسب اور طلی کے اندر چلا جاتا ہے اور بائیں بطن سے آنے والے خون کے ساتھ شامل ہو جاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شبشی شراین تسع ہو جاتی ہیں اور پھیپھڑوں میں خون کی ایک خاصی رسد ان نعمات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شبشی شراین اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل مسدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماش خیر نہیں مائی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب مہول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اور طلی کے اندر چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول مزاحمت نہ تھی (14- اصابت ۱)۔ اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو اور طلی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایا بطن بیش پروردہ اور تسع ہو سکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماش خیر شاید ایک ذبذبہ ہو گا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصر دور ایک سو اخذ ارفاصل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سورخ بیضوی کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے، تو مفتوح سورخ بیضوی یا مفتوح سورخ فاصل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا، کیونکہ اس

صورت میں ایسی کوئی چیز نہ ہوگی جو خون کو معمولی طریقہ پر پھیپھڑوں کے اندر سے ہو کر گزرنے میں مانع ہو۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوگا کہ تھوڑا خون بائیں بطن میں سے دائیں میں چلا جائے اور اس طرح پھیپھڑوں میں سے دوسری بار سفر طے کرے۔ ایک مفتوح قنات شریانی جو ریوی صنیق اور سودا خذار فاصل کے ہمراہ پائی جائے، مخلوط شریانی خون کے پھیپھڑوں میں سے ہو کر گزرنے کے لئے ایک مزید راستہ ہبیا کر دے گی۔ اگر وہ الگ موجود ہو تو اس کی کوئی فعلی اہمیت نہ ہوگی۔

علامہ تھ۔ جب زراق موجود ہوتا ہے تو وہ چہرے کے ابھرنے ہوئے حصول نئی رخساروں، لبوں، ناک، اور کانوں میں، اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں نمایاں ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں وہ صرف اس سے زیادہ شوخ سرخی ہوتی ہے کہ جتنی طبعی سرخی ہوتی ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں وہ تقریباً سیاہی کی حد تک ارغوانی ہوتی ہے اور اگر کوئی زور لگایا جائے تو اس سے عروق کا پھولنا فی الفور زیادہ ہو کر ارغوانی رنگ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے متعلق یہ ایک حیرت ناک واقعہ ہے کہ گوزراق انتہائی درجہ کا ہوتا ہے بحالت سکون مریض کی مائش نہیں پھولتی۔ مزمن رکود ماؤف حصول کی وبا زست پیدا کر دیتا ہے اور ناک اور لب موٹے ہو جاتے ہیں اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ظہری سلامیات (ungual phalanges) اس سے بہت زیادہ موٹے ہو جاتے ہیں کہ جتنے انگلیوں کے بقیہ حصے ہوتے ہیں، یعنی وہ گرد شکل ہو جاتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔ نون میں سرخ جسیمات کی وہ حیرت ناک زیادتی (کثرت) خلیات اس میں پائی جاتی ہے، جو زراق کی بہت سی قسموں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ ان جسیمات کی تعداد ۱۰۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر پائی گئی ہے، اور ممکن ہے کہ ہیموگلوبن طبعی کی ۱۱۰ فی صدی سے لے کر ۱۶۰ تک پہنچ جائے مریض بعض اوقات دورانِ سر، غشی، تشنجات اور بیہوشی میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ چونکہ آسانی سے بھرطاری ہو جاتا ہے لہذا وہ زیادہ محنت کے ناقابل ہوتا ہے۔ نیز وہ نری اور تکثف کی خاص پذیریری رکھتا ہے اور نازلی التهاب شبات کے حملوں میں آسانی مبتلا ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ٹانگوں کا آذینا، استسقا، شکمی، بڑھا ہوا جگر، اور البیوسن بولیت پائی جاتی ہے۔ یا مریض شعبی التهاب کا شکار ہو جاتا ہے۔ یا شش کا

تدریجی مرض، موت کا سبب ہوتا ہے۔

طبعی الامارات - نہایت عام طور پر ایک انکماش خریہ سنانی دیتا ہے جو پیدائشی ریوی ضیق میں ریوی رقبہ پر بلند ترین سنانی دیتا ہے، لیکن وہ متصلہ فضاؤں پر بھی سنانی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور پیش پرورش کی وجہ سے اہمیت عظم القص کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی ضیق میں یہ نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر تدریجی فاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القص کے قریب تیسری دائیں فضا میں اتم غرت کا ایک انکماش خریہ ہوتا ہے، جو باہر کے طرف منتقل ہوتا ہے، اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے، لیکن زراق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناتہ شریانی اکثر ایک طویل خریہ پیدا کر دیتی ہے، جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں مدو جزر ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۷ ص ۲۲۰)۔

پیدائشی مرض قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و جمیع مذاہم پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی ضیق میں جو نادر الوقوع ہے، دائیں بطن کی پیش پرورش اور دائیں اذین کے اتساع کے باعث قلب کی شکل تمیز ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲ ج ۱) ممکن ہے کہ تسدو کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے، لیکن یہ امتحانات بعد المات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی ضیق کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانبیں بڑھی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جماعت قلب میں کوئی قابل ملاحظہ تغیر نہ ہو۔

انذار - پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں، پانچ دس یا بیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی نہایت ناقص النمو قلوب والے اشخاص بھی ادھیڑ عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی وی ہوئی حالت میں انذار کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہئے۔ علاج - یہ مزمن مرض قلب کے علاج سے مماثل ہے۔

امراض تاءمور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

التهاب تاءمور

(pericarditis)

اسباب تاءمور کا التهاب ایک عام دموی سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے یا وہ مقامی خراش سے واقع ہو سکتا ہے یا قرب وجوار سے براہ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہو سکتا ہے۔

پہلی جماعت کی اصابتوں میں حاد و ماترم نہایت اکثر الوقوع سبب ہے۔ لیکن مرض مذکور مرض برائٹ، تقيح الدم، پدید و موییت (leukæmia)، انفلوئنزا، اور عام ریوی نعتی سرایت میں اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے مقامی اسباب یہ ہیں :- کہفہ کے اندر سرطانی گرہوں کی بالیدگی، اس کے اندر پھوڑوں اور کیسیتی و ویروں کا اشتقاق، کسی منبع سرایت، مثلاً و بیلہ یا ذات الریہ کا قرب۔

مرضی تشریح - اگر ہم حاد و ماترم کے دوران میں ہونے والے تاءموری التهاب کو ایک مثال تصور کریں تو ہمیں اس میں مندرجہ ذیل تغیرات ملتے ہیں :- ابتدائی درجوں میں پھلی اپنی چکنی جلادار سطح کو کھوکھلا کر زیادہ عروقی بن جاتی ہے جس کی وجہ سے وہ عروق کے ایک باریک جال سے مشرب ہوتی ہے۔ اس کے بعد عروق دمویہ سے حیاتی عناصر اور فائبرین کا ارتشاح ہونے کی وجہ سے لطف کے کچھ دورے نظر آتے ہیں، اور تاءمور پران کی ایک مکمل تہ بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر اس پھلی کی یہ حالت ہو کہ دونوں مقابل سطحیں لطف کی پٹی یا لیم ایچ دبازت کی ایک تہ سے جدا ہوں جو اتنی کافی نرم ہوتی ہے کہ جداری اور حشائی جھلیاں ایک دوسرے سے علیحدہ کی جاسکتی ہیں، اور لطف کا توام اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان سطحوں کی علیحدگی سے ایک عجیب و غریب شہد کے چھتے جیسا جال دار منظر

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً اسی کے ساتھ کسی قدر مصل بن جاتا ہے، جو زرد رنگ کا اور جیلیاتی عناصر کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں جمع ہو کر تار مور کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے اور بھی علیحدہ کر دے اور اس سے ممکن ہے لطف کے لیے پشیم دار زائد سے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیال عموماً غائب ہو جاتا ہے اور لطف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا بعضی واقع ہو جاتا ہے اور وہ پھٹی کی جلد کی اور حشائی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے اور اس طرح منضم تار مور کا سبب ہوتا ہے۔

دوسری سرانہوں اور بالخصوص نتیجہ الدم اور عفونت الدم میں تار مور کا سیال مافیہ مصل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح سرابی یا قیچی التهاب تار مور (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلہ قلب کے خراج سے شامونی طور پر ہوا کرتا ہے، جس کا اکثر لمبی ہڈیوں کے حادثہ خیر کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات الہتہائی نکوین کے اندر کے نو ساختہ عروق پھٹ جاتے ہیں اور نشات یا زنف کی نسبت بڑی چٹکیاں پھٹی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں اور اس طرح زوفی التهاب تار مور (haemorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نئی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی اصلی چٹکی میں دونوں میں درنے بن جاتے ہیں۔ اسے تلک زنی التهاب تار مور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں جو عمومی تدرن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التهاب تار مور کے دقیق عضویہ اس کے مبداء کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نقات سجمی، نقات عنبیہ، نقات ریویہ اور عصیات درنیہ پائے جاتے ہیں۔ پائینٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے روماتزم کے التهاب تار مور میں اپنے اپنے روماتزمی دونقیات پائے۔

دوران خون پہلا اثر۔ کوہیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دوران خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تاج تار مور کی کے اندر کے تناؤ پر ہوتا ہے۔ جب سیال کا اثر اب آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک معین نقطہ تک پہنچنے پر شریانی دباؤ کم اور وریدی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ ہر حیثیت ایک پمپ کے یہ قلب کی گھٹی ہوئی کارکردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہو گئی ہے۔ تاء مور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا، یہ برآمد اسی قدر کم ہوگی۔

طبیعی آمارات۔ چونکہ التهاب تاء مور اکثر، روماتزم جیسے، کسی ساری مرض کے دوران میں پیدا ہو جایا کرتا ہے لہذا ممکن ہے کہ اس کے علامات ان امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التهاب تاء مور پیدا ہو گیا ہے اور اس کی موجودگی صرف اصوات قلب کے تغیر سے اور دوسرے طبیعی آمارات سے ظاہر ہو جو وہ پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و متمیز ہوا کرتے ہیں۔ اولاً تاء موری رنگٹہ موجود ہوتی ہے، جس کا بیان امتحان قلب کے تحت کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداءً نرم ہو، لیکن چند گھنٹوں کے بعد آواز بلند تر، کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے اور پھر پیش قلبی خط پر ہاتھ رکھنے سے یہ فرق اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اگر تاء مور کے اندر مایع کا انصباب ہو جائے، جیسا کہ بار بار ہوا کرتا ہے، تو پیش قلبی اصیت زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پبلی کے بالائی کنارے یا دوسری پبلی کے بالائی کنارے یا ترقوہ بڈی تک پھیل جاتی ہے۔ وہ دائیں طرف عظم القص سے انج یا زائد آگے تک پھیل جاتی ہے۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بغل کے اندر تک پہنچ جائے۔ یہ پیش قلبی اصیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے اس طرح پر کہ اس کا چوڑا قاعدہ ڈائفرام پر ہوتا ہے، اور اس جو گول ہو جاتا ہے، عظم القص کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع فضاؤں میں۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے صدم القلب منتشر ہو جاتا ہے۔ یہاں التهاب تاء مور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرق کی آواز کے وقوع پر مایع کے انصباب کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ذات الجنب میں جس وقت مایع کا انصباب ہوتا ہے ذات الجنب فرق کی آواز غائب ہو جاتی ہے۔ التهاب تاء مور میں فرق کی آواز عموماً دوران مرض میں از ابتدا استانتہا قائم رہتی ہے، بلکہ پھیلی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں اور مایع کے مابعد انجذاب کے دوران میں بھی۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے، کیونکہ ریض پشت کے بل لیٹا رہتا ہے اور سامنے کی طرف تاء مور کی دونوں سطحیں

ایک دوسرے سے رگڑتی رہتی ہیں۔

تھامواری انصباب اکثر بائیں شش کے قاعدہ کو مضبوط کر دیتا ہے، جس سے قوع کرنے پر ایک اسم آواز اور استماع کرنے پر ششی تنفس پایا جاتا ہے۔

التهاب تار مور کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈائفرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شکمی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، یا دوران شہیق میں تھوڑی سی پس روی ہو جاتی ہے، جس میں بالائی شکمی اختار اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کا مہبوط واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات - مقامی علامات، جو التهاب تار مور اور تھامواری انصباب کے ساتھ ہوتے ہو سکتے ہیں، یہ ہیں :- درد، پیش قلبہ کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف، اس خطہ پر دبائے سے اکیٹیت، سانس کا پھول جانا، معہ غیر عمیق تنفس اور مختصر روکھی کھانسی کے۔ ممکن ہے کہ نبض ابتداءً زیادہ متاثر نہ ہو، لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جائے گا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ روماتزم جیسے حمائی مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التهاب تار مور سابق الوجود تپ میں کوئی معتد بہ اضافہ نہ کرے، لیکن کبھی کبھی اس کے سرعہ حملہ کے ساتھ شدید ارتفاع تپش ہو جاتا ہے، مثلاً ۵-۱۰ درجہ یا ۹-۱۰ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں، جیسے کہ عدم اشتہا، خشک زبان، تشنگی، اور قلیل المقدار بول۔

خراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور زرفی ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲۶) کی شکل اختیار کر لے، پیش قلبی درد شدید ہوتا ہے، اور چہرہ اتر ا ہوا اور پیکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فشل قلب سے مر جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مٹالوں کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اہمیت کم ہو جاتی ہے لیکن رگڑا کر آخری درجہ تک متاثر رہتی ہے۔ التهاب تار مور کے تغیرات بہ سرعت واقع ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ انصباب دو یا تین ہی دن کے اندر درجہ کمال کو پہنچ جائے، اور مریض تین یا چار دنوں میں خفیف کا

علم خوب جاری ہو جائے۔

تعلیمی 'تدریسی' اور تفریقی التهابات تار مور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں الگ

مختلف نہیں۔ تشخیص۔ معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے اور فک کی دھری یا سہ گوند آواز نہایت تمیز ہوتی ہے۔ تار موری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک شمع قلب سے اس کی مماثلت پیدا ہو سکتی ہے جو کہ اسی کرشمیتی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التهاب تار مور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں حسب ذیل امارات سے تائید حاصل ہوتی ہے:۔ اصمیت کا بائیں طرف صدرم القلب سے باہر نکلنا اور اوپر کے طرف دوسری پہلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا، اور بائیں قاعدے پر پچکاؤ کے امارات۔ ممکن ہے کہ رائجی شعاعیں قلب اور تار مور کے سایہ کو باہر ٹھیک بائیں ضلعی دیوایک، اور اوپر پہلی فصار کے اندر اور واسطے طرف بھٹنی تک ظاہر کریں جس کے ساتھ نبضان برائے نام یا بالکل نہ ہو اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہ ہلکے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا چھوٹے ہوئے تار مور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

اتذار۔ التهاب تار مور بحیثیت مجموعی فوری طور پر مہلک مرض نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ دستور العلوی امتحان کے دوران میں یہ صرف مساع الصدر سے متناخت ہو اور رشمیتی تپ میں واقع ہونے والی اصابتوں کے بڑے تناسب میں یہ التهاب رفع ہو جاتا ہے۔ تار موری تپوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس، ان "لبنی نقطوں" کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد المات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التهاب تار مور کے خفیف حملے اکثر اوقات ہو کر پورے طور پر رفع ہو جاتے ہیں۔ لبنی نقطے اکثر محض قرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجہ التهاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض نقاط کو فنگی (bruising) کا نتیجہ ہوں جو ضربے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائش میں اور دوسری مزمن ضلعی حالتوں کے تلامز میں بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التهاب تار مور واقع ہو جاتا ہے، اور پھر یہ موت واقع

کرنے والا ضرر معلوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبی امارات موت سے پہلے بالکل غائب ہو سکتے ہیں، یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے ہلک نتیجہ کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ نتیجی تاء موزی التهاب میں خطرناک انداز بتانا چاہئے، اور ذات الریہ یا ویسلہ کے دوران میں نتیجی ریوی التهاب تاء موز کا وقوع عموماً ہلک ہوتا ہے، لیکن سٹریف - ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا علم تھا جس میں دو ہرے ویسلہ کے ساتھ التهاب تاء موز تھا اور وہ مریض شغایاب ہو گیا۔ حاورثینہ میں التهاب تاء موز دروں قلبیہ اور عضلہ قلب دونوں کے کیس قدر التهاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمودار ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ التهاب تاء موز کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے حاد التهابات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹائے ہوئے یا آدھی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ نیز اسے مغذی زود ہضم غذا دی جائے اور اسے بولنے چاہئے، اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رشتی تپ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلبیہ پرچھ یا آٹھ جوئیں لگا دی جائیں۔ پیش قلبیہ پر نرم روئی کی ایک تہ یا کٹی ہوئی اسی کی گرم پوٹس، یا اینٹی فلاجین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر دوران خون مشل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منتظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے صبیغ کی تھوڑی مقداریں برانڈی یا ایمنیا کے ساتھ بار بار دینا چاہئیں۔ روماتزمی انصباب بہت شاذ و نادر ہی انتصاص کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی۔ ٹیلر (D. C. Taylor) نے لیوس نام (Lewisham) شفا خانہ میں حج تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر افتادہ بافتوں کو ۲ فی صدی نووکیں کے ذریعہ عدیم الحس کرنے کے بعد ایک باریک سوئی کو پیچھے کی طرف اور نیچے کی طرف، چھٹی بین ضلعی فضا میں غلط القص کے بائیں طرف، رتا کہ اندرونی پستانی شریان پچی رہے، یہاں تک گھسانا چاہئے کہ ڈایا فرام تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا ہو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہئے۔ سوئی کو ذرا

واپس کھینچ کر دوبارہ سیدھا پیچے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہئے۔ پھر کھنکھ کو ۳۰۰۰:۱ فلیوئین کے ۲۰ مکعب سمر سے کئی مرتبہ دھویا جاتا ہے، اور امتصاص کو ہر تیسرے روز بار بار عمل میں لایا جاتا ہے، یا ایک پٹی کا جزوی استیصال کر دیا جاتا ہے۔

ریشمی مباد کا تار مور منضم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح - اس کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی التهاب تار مور کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نصف چند ہی رشتہ ہوں جو سطح قلب سے جداری تار مور تک جاتے ہوں، یا ممکن ہے کہ تار موری تاجہ کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو، اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت محض ایک پتلی سی نہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف، سخت، لیفی، کم و بیش عروقی غلات ہوتا ہے، جس کی دبازت $\frac{1}{4}$ انچ بلکہ $\frac{1}{2}$ انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی بیش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے، کیونکہ بطن کا عضلی جرم بھی عضلہ قلب کے ایسے التهاب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو التهاب تار مور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مطرانی ضیق موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نہ صرف تار موری تاجہ کا انضمام ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پلیورا اور عظم القص سے مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بافتیں باہم چپک کر ایک کثیف لیفی بافت بنا دیتی ہیں (لیفی التهاب واسطی = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات - درد قلب، اختلاج، اور بھر نمایاں ہوتے ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمامات بھی موجود ہوں تو مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں :- (۱) اس قلب سے متناظر مقام پر انکماش باز کشیدگی۔ (۲) عظم القص کے زیریں سرے کی انکماش باز کشیدگی۔ (۳) عظم القص سے بائیں جانب کو تیسری چوٹی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماش باز کشیدگی۔ (۴) بائیں سینے کے

پہلو یا پشت پر نیچے کی پسلیوں کی رکنماشی باز کشیدگی (امارت برڈمینٹ = Broadbent's sign)۔ سبب زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاصلع فضاؤں کی رکنماشی باز کشیدگی تو مرکز منظم تادمور کے لئے مخصوص و ممیز نہیں۔ مطرائی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلازم ہوتی ہے بالخصوص تلاش کرنی چاہئے۔ موت فشل قلب اور وسیع اذیمیا سے واقع ہوتی ہے۔

لاشعاعوں سے بھی منظم تادمور کی قیمتی دلائل حاصل ہو سکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو جھکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں اور سانس لینے پر ڈاٹاغرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہو جاتے ہیں جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تادمور اور واسطہ کے درمیان انضمامات موجود ہوتے ہیں۔

تامدوری انضمامات کے انذار اور علاج پر بالخصوص افعال قلب کے ان تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے جو ان انضمامات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج وہی ہے جو کہ عام مرض قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

مرزمن تضیقی التهاب تادمور

ملٹ (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پہل ٹوٹر (Lower) (۱۹۲۹ء) پچورز (Chevers) (۱۹۲۲ء) وگلز (Wilks) (۱۹۲۷ء) اور پیک (Pick) (۱۸۹۶ء) نے تذکرہ کیا حال ہی میں دوبارہ منصفہ شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحث اسباب۔ تدرن، ذات الریہ مع ذات الجنب یا التهاب تادمور اور عفونت اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حاد التهاب تادمور کی سرگزشت موجود ہو لیکن حاد روداترم کی سرگزشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جدار تادمور کی مرزمن لینی دابت واقع ہوتی ہے اور با اوقات نکس، سیال کی جیبیں، تاجہ کا انطاس اور بیرونی تامدوری انضمامات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تضیق کی وجہ سے قلب دوران انبساط میں بھر نہیں سکتا لہذا ایک ”رکود در آس“ (inflow stasis) پیدا ہو جاتا ہے اور استسقا کے شکلی اور اس کے ساتھ ایک بزرگ

(frosted) ”مصری کی ڈلی“ جیسا جگر یا طحال اور پلئوری انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ بہر استقائے شک، ایک کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، وداجی وریدوں کا احتقان، نبض متناقض (pulsus paradoxus) پست فٹار خون، اور بعض اوقات ٹانگوں کا اذیمیا اور پلئوری انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جاست طبعی یا کیقدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈ بینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست وولٹیجیٹی (voltage) کی ہوتی ہے اور تنقید ۱۔۱ اور ۱.۵ میں ن۔ امواج چھٹی یا مریکس پائی جاتی ہیں۔ اور گاہے اذینی ریشکی انقباض موجود ہوتا ہے۔ مصلی پروٹینس کم ہوتی ہیں۔ تشخیص۔ میطانی ضیق، خواہ اس کے ساتھ منضم تاءمور ہو یا نہ ہو، خیر است کے لئے محتاط امتحان کر کے تشخیص کی جاتی ہے۔ التهاب عمومی اغشیہ مصلیہ (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ بابی کبیت (portal cirrhosis) اور تغذیتی اذیمیا (nutritional oedema) کو منفرد کرنا چاہئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے، گو کہ بعض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ مکن ہے یہ ایک سرج ممر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ غلیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۶ مریض شفا یاب ہو چکے ہیں، ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہو گیا۔ علاج۔ تاءموری جزوی استیصال کا غلیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے، واحد شافی علاج ہے۔

تاءموری اجتماع آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح تاءموری تاج کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے، او عموماً استقائے انفعالی افراد کو ان التهابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التهاب تاءمور کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں۔ قدرتی طور پر تاءمور کے اندر مصل کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور کسی سبب سے موت واقع ہو جانے

کے بعد اس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ مصلیٰ انصبابات کے اسباب، التهاب کے علاوہ وہی ہیں جو استسقاء عمومی کے ہوتے ہیں، مثلاً مرض برائٹ اور تار مور کے وریدی دوران خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا مصرعی مرض، شش کا مزمن مرض اور ان وریدوں پر جو تار موری سطحوں سے خون واپس لیجاتی ہیں سلعات کا دباؤ۔ تاچہ کے اندر کا مایع دوسرے مصلیٰ کہفوں کے استسقائی انصباب کے مایع سے مشابہ ہوتا ہے اور وہ پھیکے زرد رنگ کا یا لون دموی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں خابری فوجن اور آٹامانی صدی البیومین موجود ہوتا ہے۔

تار موری اجتماع آب کے طبعی امارات دہی ہیں جو التهاب تار موری انصباب کے ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جو تار مور سے متعلق ہو اس وقت ضرورت نہیں ہوتی جب کہ یہ حالت استسقاء عمومی کا ایک جزو ہو یا جہاں یہ دوران خون میں مقامی مداخلت کا نتیجہ ہو۔ استسقاء عمومی یا مصرعی مرض کا تدارک کرنا چاہئے۔ شاذ اصابوں میں انصاء اس قدر سریع الوقوع یا دافر ہوتا ہے کہ تار مور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

تار موری ہوائی اجتماع آب

(pneumo-hydropericardium)

اس کے یہ معنی ہیں تار مور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) اور (۲) ہوا مشمول رکھنے والے کہفوں کے ساتھ تار موری تاچہ کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ایک شعبہ باز کی حالت میں ہوا کہ اس نے ایک کند تلو اور کونگلے کی کوشش میں مری میں سے تار مور کو چھید دیا یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ اصابہ میں ہوا کہ جس میں پلیٹورا کے آر پار ہول لگ کر تار مور میں چھید ہو گیا اور تار موری بزل کے عمل کے بعد ہوا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی اصابہیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متفرخ ہو کر تار مور کے اندر پہنچ گیا۔ سل ریوی کا ایک کہفہ تار مور کے اندر مکمل پڑا اور خراج جگر ایک ہی وقت میں تار مور کو

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تاء مور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جاسکتی، کیونکہ اس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تاء مور کا التهاب معدہ باع انقباض کے پیدا ہو جاتا ہے۔

تاء موری ہوائی اجتماع آب کے طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں :- قرح کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گمک، اور حرکات قلب کے ساتھ چھلکنے بھلونے، یا تغیر فرکی ہم زمان آوازیں۔

تاء موری اجتماع الدم

(hæmopericardium)

نام نہاد تاء موری نز فی التهاب میں نوساختہ عروق کے پھٹنے سے تاء مور کے اندر خفیف درجہ کا انقباض خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبت بڑی مقداروں میں خون کا انقباض جب یہ براہ راست ضرب کی وجہ سے نہ ہو تو عضلہ قلب کے انشقاق یا ایک انور سمائی تاجہ کے انشقاق یا سرطانی بالید میں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکروی اور اس سے ملتی جوتی حالتیں بھی تاء موری نزف پیدا کر سکتی ہیں۔

علامات :- جب تاء مور کے اندر خون کا انقباض واقع ہو جاتا ہے تو مریض پر سینہ میں کم و بیش ضیق، شوب، غشیان، بے ہوشی اور موت یکے بعد دیگرے جلد طاری ہو جاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ مہلک خاتمہ سے پہلے چوبیس یا پچیس گھنٹے تک وہ شوب، ضیف، نبض اور انتصافی نفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہو جائے، اور التهاب تاء مور پیدا ہو جائے جو کہ مریض کا مہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ وائلس (Walshe) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شفا حاصل ہو گئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں یا بہر حال انور سماؤں کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر تھیں۔

طبعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تاء موری انقباض کی ہوتی ہیں اور ساتھ ہی پیش قلبی اہمیت اور قلب کی آوازوں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انور سما کی مابقی موجودگی یا ذخیرہ صدریہ کے حلوں کے علم سے مدد ملے گی۔

علاج - کامل آرام و سکون اور ہوشمندی کے ساتھ ہتھیلیات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

ذبحہ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اس نام سے عموماً عظم الفص کے پیچھے اس شدید درد کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اورٹلی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دفعۃً شروع ہوا کرتا ہے اور کبھی کبھی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف تر دردوں میں جنہیں بعض اوقات ”ذبحہ صغیرہ“ (angina minor) یا اس سے بھی بہتر محض ”دردِ قلب“ کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب - یہ طفلی میں ہو سکتا ہے، لیکن تیس سال کی عمر سے پہلے عموماً نہیں ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے اور پچاس اور پچھتر سال کی عمروں کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں ایک اور چار کے تناسب میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر توارث بھی اثر رکھتا ہے۔ یہ اورٹلی میں عام اور مطراتی فیق میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ماسکی عذونت، بالخصوص جو مرارہ میں یا دانتوں کے راسوں پر ہو، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں :- (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا چوکی کھانا سمیت میں چلنا اور زمانہ بعد میں خفیف ترین قسم کی مشقت - (۲) زیادہ کھانا کھانا - زیادہ اکثر یہ دونوں عاملات مجموعی طور پر کار فرما ہوتے ہیں۔ (۳) جذباتی ہیجان، خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتعاش آفریں ہو اور دماغی بار - اور (۴) سردی میں کشتہ آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی سرد کمرے میں لباس اتارنے سے بستر میں اس کا حمل ہو جائے۔ بعض اوقات اس کا حمل دوران خواب میں شروع ہو جاتا ہے۔

294

امراضیات - جب اس کے حمل میں موت واقع ہو گئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کہنے خون سے پر پائے گئے ہیں۔ اصلاتوں کی غالب تعداد میں قلب کا یا اورٹلی

کوئی مرض پایا گیا ہے، جو کہ بیشتر اقسام ذیل کا تھا:۔ عضلہ قلب کا التهاب۔ عضلہ قلب کا
لونی، شیمی، یا ایف ایس اے۔ آتشکی التهاب اور طی اور طی کا اتھیر و مایا اتساع۔ اور طی مصرعوں کا
اتھیر و مایا تمکس، یا سکڑن۔ اکیلی شریانیں میں شریانی صلابت (arterio-sclerosis)
یا کلسی جماد یا ان کا انقباض دروں شریانی التهاب یا علقیت سے۔ اکیلی سدادیت
جلد ہی موت واقع کر سکتی ہے، جو کہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے۔
ذبحہ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلہ قلب اور
اکیلی شریانیں بالکل تندرست پائے گئے ہیں۔

مکنزی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلہ قلب پر ہوتا ہے
(29)۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ مطرائی ضیق کا معمولی درجہ جو بائیں آذین میں
پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے، ایک ایسے بند میں جو بھٹنی سے لیکر
غضروف حنجری سے نیچے تک پھیلنا ہے۔ اس رقبہ کی جلد کے ممتی اعصاب شخاع کے چھٹے
اور ساتویں نظریہ فطرت تک جاتے ہیں۔ اس کے برعکس وہ درجہ جو بطین اور اور طی
میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتہ اوپر محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتہ
بلند تر نظریہ فطرت سے متناظر ہوتا ہے، کیونکہ جنینی قلبی نالی میں بطینی حصہ آذینی حصے
سے نسبتہ متقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو خمیدہ ہو کر پیچھے آجاتا ہے (30)۔ یہ
نظریہ کہ ذبحی درد بطین سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ تندرست
عضلہ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہو جانا اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا
بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا
پیدا ہو جانا۔ درد قلب آکسیجن کی عدم موجودگی میں، عضلہ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ
سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرین عقل معلوم ہوتا ہے کہ آفس کے عضلی ریشوں کو اتنا
کافی تندرست ہونا چاہئے کہ وہ درد کو پیدا کر سکیں۔ انہیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا
چاہئے۔ تندرست گرنا تربیت یافتہ اشخاص کو جو سخت القص دردفٹ بال کے سخت
کھیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی مماثل مبداء کا ہوتا ہے۔ یعنی قلب (fibroid heart)
کے ساتھ ذبحہ اس وجہ سے واقع ہو سکتا ہے کہ عضلی ریشے، تندرست ہونے کے باوجود
قعدہ میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور ان کی جگہ یعنی بافت لے لیتی ہے۔ بعض اوقات

ذبحہ واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں بھولتی، اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلہ قلب دباؤ دیکھ اس پر معمول سے زائد کام پڑ گیا ہے، اب بھی دوران خون کو قائم رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ جب دوران خون کا فشل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے، اور جب علاج سے دوران خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگانے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجربہ کی تشریح کی بنا پر جو کہ دوران خون بند ہونے کے بعد عضلہ ورزش کرنے پر کسی جارحہ میں پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو متوقف عربان = intermittent claudication) یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی شنج سے پیدا ہوتا ہے، جو کہ بافت میں ایک پ (P-substance) آزاد کر دیتا ہے۔ یہ پ مادہ ایسا مستمر درجہ ضربات قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا کرتا ہے۔ شاید پ مادہ پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ حاصلات تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولوجی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس وقت جب کہ آکسیجنی رسد محدود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب ہو جاتے ہیں۔

آمالی نائٹرائٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے (یعنی انفعام کی وجہ سے ہونے والے) درد کے سوائے باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں تسکین دے دیتا ہے، اکیلی شریانوں کا اتساع کر کے فعل کرتا ہے اور بعض مریضوں میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے اور ن۔ موج کو انتصابی کر دیتا ہے (28)۔ وہ شرح نبض کو بھی بڑھاتا ہے، اور گو وہ محیطی عروق کا اتساع اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں تمہارٹ (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اکثر ایسا ہونا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ آمالی نائٹرائٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی جس کو مطرانی غنیت اور بازردی کے ساتھ جھٹپنی کے نیچے درد بھی تھا۔

علامات۔ مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سینہ کے سامنے حاد درد کا حملہ ہو جاتا ہے اور یہ درد عظم الفص کے بالائی یا زیرین حصے کے نیچے یا یوں کہنا چاہئے کہ اس سے

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درد نہیں ہوتا۔ درد اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے یا آگے پار عظم الکف تک اور کوبائیں شانے تک اور نیچے بائیں بازو اور ماتھ تک تشع کرتا ہے۔ یا کبھی کم بار ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم القف کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے بازو اور ماتھ تک تشع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد المراس تک اور پرچلا جا سکتا ہے، جس کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ نہ تو عامی عصب قلب سے نکلنے والے درم ورتائیں لسانی بلعوی عصب کا حسی جواب (counterpart) ہوتا ہے اور اس لئے وہ ”بعید السبب درد“ کا محل وقوع بن جاتا ہے (30)۔ یہ درد حلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد ”خارق“ یا ”ناخر“ یا ”آگ کی طرح جلتا ہوا سوزشی“ یا ”مضیقی“ بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھٹا مٹ یا سُن پنا بھی محسوس ہونا ممکن ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اور پرکوسینہ تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شریفی ذبحہ = epigastric angina) یا نسبتاً نیچے شکم میں شروع ہو (اشکی ذبحہ = angina abdominis)۔ ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرنے پر شروع ہو جاتا، اور ابتداءً ناف کے خطے میں محدود ہوتا جہاں نہایت شدید ہوتا، لیکن یہ بتدریج شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری دور پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ تشویشنا یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھیر جانے پر مجبور ہو جاتا ہے اور وہ خاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پینے آنے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا ریت زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے نظمیاں جیسے کہ مسز او انکماشات دیکھے جائیں۔ ایک مہلک حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی کمی نہ تبدیلی نہیں ہوتی۔ بعض مریضوں میں وہ بقدر ۲ ملی میٹر یا تقریباً ۲۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ درد چند سیکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بہ سرعت جاتا رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے، یا چند ہفتوں یا برسوں تک

پھر نہ محسوس ہو۔ ذبحہ پہلے اور واحد حملہ میں ہلک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے درمیان میں اور شدید حملوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبانے سے ایلمینٹ محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آٹے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی توجہ سینہ کے اندر پری یا پچکاو کے احساسات کے طرف مبذول ہو جنہیں اس امر کی تمہید کرنی چاہئے سمجھنا چاہئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد نمودار ہو جائے گا امکان ہے کہ حملہ کے ساتھ اکثر معدے کی پری کا احساس موجود ہوتا ہے یا مخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ڈکار کے ذریعہ ہوا کا میابی کے ساتھ خارج کر دی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ اسی علامت کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے معدے یا مری کا پھوٹنا ہی اس شکایت کا اولی سبب ہے، لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کردہ احابت میں (32) ڈکاریں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشعاعوں سے پتہ چلا کہ معدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی نسلے کے درمیان ایک نہایت قریبی محسوس تعلق ہو کر رہا ہے، کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعجیل ہو جائے گی نیز ذبحہ حملوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد مری کے اندر پیدا ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ نکلنے سے ایک لمحہ کے لئے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اس کی توجہ اس درد کی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو نکلنے کے بعد مری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں سریری مشاہدہ کیا۔ شاید ایسے دردوں کے لئے ”ذبحہ کاذب“ (”pseudo-angina“) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحہ مرض ریناڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحہ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی کے متکشف کے نتیجے میں چند سیکنڈ تک کی قدر تحت القص درد محسوس کرے اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر ”ذبحہ کاذب“ کے نام سے موسوم کیے گئے ہیں لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہئے ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص۔ درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، اُمائل تاثر اسٹ سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی ضرر (مصراعی مرض یا صلابت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہئے جو ہمیشہ قلب پر محسوس ہوتا ہے، اور مصراعی مرض یا عضلہ قلب کے انحطاط کی وجہ سے فشل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgie) درووں سے بھی تمیز کرنا چاہئے، بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں میں۔ اس حالت میں درد اکثر آرام و سکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلب کے پر شور فعل اور اختلاج کے ساتھ متلازم ہو۔ ذبحہ کی نسبتہً خفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سورہضم یا التهاب معدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اس کا حملہ اکثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco angina) کے خصائص ذبحہ صدریہ سے کینقدر مثال ہوتے ہیں۔ نہایت شدید درد ایک اکیلی شریان کی علقیت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درد مسلسل ہوتا ہے، اس میں مریض مبہور اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض خفیف ہو جاتی ہے، تپ موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید خلیوں کی کثرت اور بعض اوقات تار موری فرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔ بالاحسن، معدہ کے حادثہ انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہو گئے ہیں، اور اس میں معدے کے اندر ایک انبویہ داخل کرنے سے تخفیف ہو گئی ہے۔

انذار۔ ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں، یا اس کے ذرا دیر بعد، یا سوتے میں یا دفعتاً واقع ہو جائے۔ وہ فشل قلب سے یا دوسرے اسباب سے واقع ہو سکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہوتا ہے۔ یہ ہو سکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہوا اور اس کے باوجود اگر معقول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امارات یہ ہیں:۔ ورزش کی قلیل بحیثیت، نبض متبادل، اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت سخت السوا ہے۔

علاج - دوران حمل میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہیے۔
 ذبحہ کے حملہ کے لئے نہایت کارگر دوا نائٹرائٹ آف آمیل (nitrite of amyl) ہے۔ اس کے
 ۲ تا ۵ قطرے شیشہ کے ایک چھوٹے کیسہ میں مشمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا
 ہے۔ اس کیسہ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چھٹے سے دبا کر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا
 کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سُرخ ہو جاتا ہے، ہنجھی عروق
 پھوٹنے لگتے ہیں اور درد اکثر فوراً موقوف ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس مقدار
 کو مکرر دینا پڑے۔ نائٹرو گلیسرین (nitro-glycerine) (دبیب تا ۱/۱۱ گرین) کا ایک
 قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر
 ہوتا ہے۔ نائٹرو گلیسرین کی قلیل مقداروں کے استعمال کے بعد بھی ابتداءً تپک کے ساتھ
 درد سر (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت
 پیدا ہو جاتی ہے اور نسبتاً بڑی مقداروں کا تحمل ہو سکتا ہے۔ سوڈیم نائٹرائٹ (sodium
 nitrite) (۱/۲ گرین بصورت قرص) اور ایرتھرال ٹیٹرائٹرائٹ (erythrol
 tetranitrite) (اگرین ایک ڈرام الکحل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرقق کر کے)
 بھی عمدہ موسع العروق (vaso-dilators) ہیں۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو مانیفیا
 کا تحت الجلدی اشرب کام میں لایا جاسکتا ہے، اور زیادتی، ہبوط ہو تو براڈی یا تھیر
 کی ضرورت پڑے گی۔ مانیفیا ہوتے محض پر پیغید ہوتا ہے جب کہ جوش و ہیجان یا وماغنی
 تشویش کے باعث حلوں میں تعجیل ہو جائے۔ جب پُر معدے کی وجہ سے یاربجیت کے
 ہمراہ حملے ہو جائیں تو سال وولائٹائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ
 مرقق کیا ہوا مفید ہو سکتا ہے۔ آکسیجنی خیمہ کے ذریعہ مکرر حملے روکے جاسکتے ہیں۔
 جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہو جائے تو ضروری ہے کہ مریض
 چند ہفتوں تک بستر میں کلی آرام لے اور تشویش و ہیجان سے محترز رہے۔ غذا
 ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو
 چاہئے کہ اپنی طرز زندگی کو اس طرح بدل دے کہ ان اسبابِ عاملہ روافر عضلی
 محنت وغیرہ سے محترز رہے جن سے حملہ ہو گیا تھا۔ اپنی زندگی کو منظم بنانے میں اسے
 پُری اور سینہ کے پچکاؤ کے اُن تنبیہی احساسات سے مدد ملے گی جو اس کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی روک تھام اولاً تو ادویہ سے کرنی چاہئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غالباً ٹائٹرائس کا استعمال حفظاً تقدم کی غرض سے کرنا بہترین ہے، کیونکہ اگر وہ مریض کے تینہی امارات کو دور کر دیں تو اسے پھر اپنے قلب سے زیادہ کام لینے کی جرات ہو جاتی ہے اور اس سے دوران خون کا فشل پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔ اٹل ٹائٹرائٹ یا ٹائٹرو گلیسرین کے قرص ضرورت کے وقت کام آنے کے لئے پاس رکھنے چاہئیں۔ تمباکو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہئے۔ بعض مریض تمباکو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید امصابتوں میں جہاں قلب کی محفوظ قوت کم ہو ممکن ہے ایسا علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب ہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی چلے پھرے گا تو یہ بدتور واقع ہو جائیں گے۔ ایسی امصابتوں میں ٹائٹرو گلیسرین مفید ہوگی۔ اس کی مقدار ۱۰ قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے، جسے بتدریج ۱۰ یا ۱۵ تک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض امصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاشیم (۵ تا ۳۰ گریں) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آتشک کا علاج بھی کرنا چاہئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) میں کاربوہائیڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin) دینی چاہئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جسمانی تسخ کا تکشف کرنے سے گلے رک گئے ہیں۔ امونیم بروائیڈ، ۲۰ تا ۳۰ گریں کی خوراکیوں میں بحیثیت ایکٹیفی ممکن کے مفید ہے۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج، یعنی عصب خافضہ کو قطع کر دینے کی سفارش نہیں کی جا سکتی۔

297

ذبحہ کا تلامزم قلب اور شش کے اس احتقان کے ساتھ جو چپ جانبی فشل کے باعث ہوتا ہر کرتا ہے کہ مدد و مزمار کے مقابل زور سے زفر کرنے سے اور اس طرح قلب اور شش، نظامی دوران خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ حملہ رک جائے۔ راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خفیف چپ جانبی دردوں پر تو یہ بیا صادق آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانس لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زور دار شہیق کا برعکس عمل بعض راست جانبی دردوں پر اطلاق پذیر ہو۔ مریض کو این حرکت کو عمل میں لانا سکھانا دینا چاہئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان تو کر نہیں سکتے۔

ساری شریانی التهاب

(INFECTIVE ARTERITIS)

حاد شریانی التهاب - حاد سرائیت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التهاب = (initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی وٹریل شریانی التهاب = (initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متصلہ تیشی مرکز یا زخم سے سرائیت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبتاً بڑی شریان کا ابتدائی حاد دروں شریانی التهاب، ذیوار شریانی پر ان عضویوں کے حملہ کی وجہ سے ہو سکتا ہے جو درونہ میں مغزو عروقی سدا کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں، یا وہ ہم پہلو عروقی روئیدگیوں میں سے سرائیت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے جیسے کہ اس خبیث التهاب دروں قلبہ میں جو آدرلی یا ریوی شرفوں کو ماؤف کر دیتا ہو۔ سرائیت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عروقی دیوار تک پہنچے آخر الذکر کی ساری دبا زت بہ سرعت ماؤف ہو سکتی ہے۔ نیجیاتی لحاظ سے حاد التهاب کا سامنظر پیدا ہو جائے گا اور نرم شدہ دیوار درجہ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کے طرف ابھرتی ہے (فطری انورسما = mycotic aneurysm) یا وہ مشقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گروہکی کثیر شریانی التهاب (polyarteritis acuta nodosa) - حاد گرد شریانی التهاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شاذ حالت (جسے حاد گرد شریانی التهاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا بے محل نہ ہو گا خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالباً وہ بھی ایک حاد سرائیت کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ آخر الذکر کی نوعیت اب تک متعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں ماؤف ہو سکتی ہیں بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ ماؤف عروق میں چھوٹے گرم کی اور ام پیدا ہوتے ہیں جو دراصل چھوٹے چھوٹے انورسما ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ علقیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنخر ہوتا ہے، اور اس کے گرد پیش حاد التهابی تعامل ہوتا ہے جو سب تینوں طبقات کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے یا نرم شدہ دیوار ڈھیلی پڑ کر باہر کے طرف ابھرتی ہے (انورسما) اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

تندرنی شریانی التهاب (tuberculous arteritis) - مزمن ساری شریانی التهاب کے دو عام ترین سبب عصیہ درنہ اور پیچ سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک ددنی مرکز کے قرب وجوار میں ایک شریان کی دیوار تجبئی آریخی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے ماؤف ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تندرنی ضرر کے معمولی خصائص ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہو کہ بطنی یا دروں علمی خلیات کے نکاثر سے، خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو، شریان کا درون مطموس ہو جائے۔

آتشکی شریانی التهاب (syphilitic arteritis) - آتشکی شریانی التهاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اور طلی میں پایا جاتا ہے اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مائل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التهابی عمل جو پیچ سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے، بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درون اپنے استری دروں علمی خلیوں کے نکاثر سے تنگ یا مطموس ہو جاتا ہے۔ گول خلیوں کی گرد عروقی در ریش عروق العروق کے مر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اور طلی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہے۔ عضلی خلیوں اور لچک دار بافت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں میں تخرواق ہو جاتا ہے، اور یہ رقبے لمف آسا اور پلازمائی خلیوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خرد بینی ضمیمہ بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بظانہ بطنی خلیوں کے نکاثر سے دبیر ہو جاتا ہے، اور ان نوخیز عروق شرعیہ کی کلیاں پھوٹ نکلنے کی وجہ سے، جو کہ اس دبیر رقبہ کے اندر بالیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تخری ملہ کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس نوخیز لیفی یافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچکدار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے، اور طلی کی اندرونی سطح پر زناد اب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نالچکدار لیسی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے کہ جس پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے، اور آخر الذکر جہاں کہیں متکلیف ہو جاتی ہے بتدریج پھیل کرتی جاتی ہے۔ اور سما کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہونچی ہوئی مضرت کی مقدار پر ہوتا ہے لہذا اور طلی کے

آتشکی مرض کو اکثر التهاب میاں اور طی (mesaortitis) کہتے ہیں، اگرچہ وہ اولاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اور طی، دبازت کی چکیاں نیز ایک نہایت متین انداب ظاہر کرے گا اور آخر الذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو ان ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتھیروما کی وجہ سے ہوتے ہیں اور یقیناً اتھیروما کا ساتھ موجود ہونا بھی کمناست میں سے ہے۔

نسبتہ چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دبیز ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطن نہایت متین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطن کی اتصالی بافت کے خلیوں کے نکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہوجاتا ہے۔ یعنی ورقے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہو کر درون بہت تنگ بلکہ مطموس ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل انطاس علقیت کے وقوع سے تیز تر ہو جائے۔ آتشکی مرض کی اس قسم کا ایک عام محل وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص ان کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التهاب بطن شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصہ لیتا ہے، اور اس کے برعکس ایک صمغیتی عمل، راست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب وجوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کر سکتا ہے جو اب تک غیر ماؤف تھی۔

اس طرح پرمدرنی اور آتشکی التهابات بطن شریان دونوں درونہ کا انطاس پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں، لہذا وہ انطاسی التهاب بطن شریات (endarteritis obliterans) یا نکاثری التهاب بطن شریات (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ مثلاً اس اصطلاح کا اطلاق ان شرائین کے فعلیاتی انطاس پر کیا جاسکتا ہے، کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطاس شری شریائین (umbilical arteries) قناتہ شریانی (ductus arteriosus) وضع محل کے بعد بہت سے رجمی عروق، سن یاس کے زمانہ میں مفعی عروق وغیرہ میں واقع ہوجاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطن تدریج دبیز ہوجاتا ہے اور درونہ مطموس اور

عضلی خلیے نہ بول ہو جاتے ہیں۔

علقی عرقی انطماشی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) -
التهاب بطنہ شریان کی ایک دوسری قسم ”علقی عرقی انطماشی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نو عمر یا ابتدائی اور میٹر عمر کے بالغ یہود بول میں ہوا کرتی ہے، خاص کر ان میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اس کا سبب ہو۔ خون کا دیاؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقہ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطنہ کے خلیات کا بہت متکاثر ہوتا ہے، اور اس طرح وہ بتدریج دبیز تر ہو جاتا ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ یا اس سے پہلے علقتیت واقع ہو جاتی ہے، اور ازاں بعد اس علقتیت کا تفضی ہو جاتا ہے۔ برونی طبقہ میں کوئی التهابی تغیرات نہیں ہوتے، اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اس شریان سے جس حصے کو رسد پہنچتی ہے اس کا تغذیہ گونا گص ہوتا ہے، لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ متوقف عرجان (intermittant claudication) اور عرقی وجع الجواج (erythromelalgia) تمیز علامات ہیں۔

گسار شریانی التهاب کو گھلی۔ ایک ساؤ حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط اور بطنہ کا متکاثر ہوتا ہے، جو بااقت علقتیت اور ایک گرو شریانی التهاب کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ وریڈیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں، اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوتی ہے۔

مریض شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط سیری (senile degeneration) (وسطانی انحطاط : medial degeneration) - بڑھاپے میں شریان کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یافتہ عضلی خلیوں کے مقام پر کبھی ماؤسے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ملنا ساؤ نہیں لیکن اس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابت مونک برگ (Monckeberg's sclerosis)

کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں، بالخصوص حرقنی اور نخذی عروق کو اور کبھی کبھی شریکی اور طلی کے حصہ زیریں کو مآوف کرتی ہے اور ممکن ہے کشیخونی گنڈرین کی موجب ہو معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی انصالی بافت کے غلیوں اور عضلہ کاراجی انخطاط ہے۔ اس انخطاط کے بعد عضلی بافت کے انخطاط یا فتنہ بندوں میں چومنے کے نکلوں کا جوا ہوتا ہے، چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلی مآوفے کے کم و بیش مکمل حلقے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مآوف شریان کم و بیش استوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر تسع ہو جائے۔ بظانہ میں اقصیر و مآوف موجود ہو سکتا ہے لیکن کلی مآوف کے گرد کوئی التہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بوڑھے اشخاص کا شریانی انخطاط ہے، اور اسے اس نکس کے ساتھ غلط ملط نہیں کرنا چاہئے جو اکثر بظانہ میں اتھیر و مائی لمبہ کے تعلق میں واقع ہوا کرتا ہے۔

آتھیر و مآ (آتھیر و مائی صلابت = athero-sclerosis) (دیکھی صلابت nodular sclerosis =) اس حالت کو ایک زمانہ میں تشوہی التہاب بظانہ شریان (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر و لا اور بعض اوقات خالصاً انخطاطی ہوتا ہے لہذا اب التہاب بظانہ شریان کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی۔ یہ انخطاط اپنی توزیع میں دراصل حکیتی دار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتہ چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے۔

اس کے طریقہ پیدائش کے متعلق ہنوز بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی انخطاط ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بظانہ میں کو لمیسرٹال شحمی اور لیاڈی مآوفے نمودار ہو جاتے ہیں۔ اسی کے ساتھ، یا تو تخری لمبہ کی پیدا کردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تھو بیضی عمل کے، انخطاط یا فتنہ مرکز پر اکثر بظانہ کی ایک دہارت واقع ہو جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرکز بظانہ کے عین ترین حصے میں پھلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے مناس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بظانی نکاشرا اور صلابت موقوف ہو جائے اور انخطاطی عمل دروند کے طرف پھیل جائے۔ اس حالت میں بظانہ بالآخر ٹوٹ کر ایک قرص بن جاتا ہے جسے "آتھیر و مائی قرصہ" (atheromatous ulcer) کہتے ہیں۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ انخطاط یا فتنہ بظانہ کے قریب

ہوتا ہے، شمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصاً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطنانہ انحطاط یا نکتہ رقبہ میں کو لیبرٹال شحم اور لیاٹڈز وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں جس کے بعد مکلس واقع ہو جاتا ہے، لہذا کبھی کبھی بالخصوص شکلی اور طلی میں بڑی بڑی کلسی چلتیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اُورطی کے اخیر ما میں ہیں مختلف الانواع ضررات نظر آ سکتے ہیں۔

چنانچہ ان ذرہ چکٹیوں کے ہمراہ جو بطنانہ میں شحم کے جماؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں، غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہوتی ہیں جو بطنانہ کی لینی دہارت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے پیچے کے شمی کلبہ کو چھپاتی ہیں، انہیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہم شمی طور پر انحطاط یا نکتہ بطنانہ کے اوپری ناکلات (انقباضی وانی قروح) دیکھیں یا ایسے کلسی سمجھنے والے جو اکثر اوقات شکستہ و رینجہ ٹرخ خلیوں کے باقیات سے ملوٹن اور بعض اوقات ایک جدار کی غلقہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انحطاطی عمل سے ماؤف ہو چکا ہو، کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صحفہ عرضاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھٹتا ہے (تفطیعی انورما = dissecting aneurism)۔ لیکن تا وقتیکہ آتشکی میاں اور طلی التهاب (syphilitic mesoartitis) بھی موجود نہ ہو، جھڑی دار نذبات نہیں ہوتے۔ ضررات کے ان خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں، لیاٹڈی انحطاط اور بطنانی صلابت کے اضافی تناسب پر منحصر ہوتا ہے۔ اُورطی کے اندر ایسی چکٹی دار کریمچی دہارتیں ممکن ہے کہ نسبتاً کم نقصان کریں، لیکن نسبتاً چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شریانیں بھی بہت کچھ مماثل طرز کا ضرر ظاہر کرتی ہیں۔ وہ دراصل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطنانہ کی یہ کریمچی دہارتیں دروند کے اندر ابھرتی اور اس میں تشوہ پیدا کر دیتی ہیں اور غلظت واقع ہو جانے کی وجہ سے دروند باسانی مٹوس ہو جاتا ہے، اور اس طرح انفعام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے، بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے یا انحصار

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عرق کو بہت غھوڑا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات صرف اور طی ماؤف ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریاتیں یا ایسی شریاتوں کا ایک خاص گروہ مثلاً اکیلی، دماغی یا کلوئی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بوڑھی عمر کے زمانوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے اور اکثر موت کا سبب ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبتاً ابتدائی عمر میں واقع ہو یا شروع ہو۔ یہاں ان شہمی جماؤں کا تذکرہ کر دینا ضروری ہے جو اکثر خلاؤں کی شکل میں ہوتے ہیں اور حاد حمیات کے نتیجہ کے طور پر بطنہ کے نیچے کی اتصالی بافت کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ ”عاجل آتھروما“ (early atheroma) کے نام سے ان کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

منتشر بیش تکونی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis)

(شریانی شعری لیفیت = arterio-capillary fibrosis) - یہ تغیر جو شریانی نول کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، عموماً ان اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشورہ سے لیکر پانچویں عاشورہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریاتیں اور شریات ہوتے ہیں اور ابتدائی تیز ان چھوٹی شریاتوں کے درمیانی طبقہ کا تنشی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور لچکدار عجاصر دونوں بیش پروردہ ہو جاتے ہیں، لیکن بعد میں وہ مذبول ہو کر ان کی جگہ لیفی بافت کے ذائقے لیتے ہیں۔ اسی کے ساتھ ساتھ بطنہ میں خلوی عناصر کا تنکاثر واقع ہو جاتا ہے اور بطنہ کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہو جاتا ہے۔ دبیز بطنہ میں لچکدار ریشوں کی جدید تکوین بھی ہوتی ہے۔ صغیر ترین شریات میں خاص تیز بطنہ ہی میں ہوتا ہے۔ اس قطریہ والے عروق کا درونہ بہت تنگ ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر مٹوس ہو جائے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اس حصے میں جسے ماؤف عرق سے رسد پہنچتی ہے ذبولی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شریات کا دبیز بطنہ جلد یا بدیر زجاجی تغیر سے ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ شہمی انحطاط واقع ہو جائے۔

منتشر بیش تکونی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد طحال اور دوسرے اعضائیں جن میں دماغ، لبلبہ، جگر، فوق الکلیہ غدو، اور
نبتہ کم بار حصہ اور امعاء مشمول ہیں لیکن قلب اور کالسہ کے عضلات نہیں شامل
ہیں۔ بڑھی ہوئی مجبلی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں
جانب نہایت معتد بہ بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے درہم مرکزی بیش پرورش
(concentric hypertrophy)۔ یہ حالت بلا کسی اہم کلوئی تغیر کے موجود ہو سکتی
ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کی قدر انداب ظاہر کریں بلکہ ذرا آتی بھی ہو جائیں لیکن
یہ کلوئی تغیرات محض ذبولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوئی بافت کے رقبوں کی
دوبی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدھی ذبول ischaemic
atrophy)۔ یہ اولی منتشر بیش کلوئی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور پر ان گردوں میں
واقع ہو جائیں جو اولی طور پر منتشر یا مرکزی قسم کے مزمن التهابی تغیرات کا محل وقوع
ہیں اور یہ عروقی تغیرات التهابی مفرات میں اپنا حصہ شامل کر دیں۔ ان امایاتوں
میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ پس معلوم
ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک مابقی التهابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندر کوئی مادہ
یا مادے محسوس ہو جاتے ہیں اور گردوں اور دوسرے مقامات میں چھوٹی شریانیں
اور شریانات کا منشی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا اور کوئی خراش
اور مادہ ان تغیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ یا نہہ
مکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں کیونکہ پایا گیا
ہے کہ جنگلی التهاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، درآں
حالیکہ یہ التهاب گردہ خود بہ ظاہر دفع ہو گیا ہو۔

شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنی شریان کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر محدود مفہوم میں
منتشر بیش کلوئی صلابت کے مرادف کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن سہولت

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ ابھی بیان کئے ہوئے تمام مختلف مریض شریانی اعطاطات پر بستر مریض کے پاس اس کا استعمال کیا جاسکے، کیونکہ دوران زندگی میں ان میں ٹھیک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا، اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی قسمیں ہوں۔ اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استعمال کی گئی ہے۔

شریانی صلابت کے اسباب - ممکن ہے یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف مضرت رسا عوامل کی وجہ سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں۔ جن میں جراثیمی سموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے ہیں۔ مثلاً نو عمریوں میں الہتہابی تغیرات کا نتیجہ وافر اندرونی نکاثر (منتشر بیش تکوینی صلابت) ہوتا ہے، لیکن بوڑھوں یا ضعیفی (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے، اور ان کے خون کا دباؤ پست رہتا ہے (senile degeneration) (32)۔ البتہ

301

بتلایا ہے کہ اولی شریانی تغیرات، جیسے کہ انقباض و ما اور انخطاط پیری ہیں خون کا دباؤ بڑھانے کا رجحان نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس منتشر بیش تکوینی صلابت کے ساتھ خون کا بلند دباؤ پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر سخت شریانیں والی تمام اصابتیں شریانی صلابت (arteriosclerosis) کی اصطلاح کے تحت ایک ہی زمرہ میں مجتمع کر دی جائیں تو بعض اصابتوں میں خون کا دباؤ طبعی ہوگا اور بعض میں وہ بڑھا ہوا ہوگا۔ شریانی صلابت اور بالخصوص انقباض و ما ان لوگوں کی شریانوں کا ایک عام اعطاط ہے جن کا پیشہ ان کو سخت عضلی بار کا مورد بناتا ہے، لہذا ممکن ہے فشار خون کی متوقف ریادتی ایک سبب معدوم ہو۔ مختلف عادات جو اس کی تسبیب میں حصہ لینے والے سمجھے گئے ہیں یہ ہیں:۔ ۱۔ بیارخوری بالخصوص پروٹینی اور شحمی غذاؤں کی۔ ۲۔ چنانچہ دودھ کی زیادتی کو سبب قرار دیا گیا ہے (57)؛ ۳۔ اولاد گوشت خوروں کی نسبت نبات خوروں میں کم فشار خون پایا گیا ہے (58)۔ ۴۔ نفرس الکحل، عیسہ کا شحم، طبری یا اور دوسری حساد سرایتیں مع ایسے جراثیمی سموم کے بالخصوص سپہ حرقہ کا قسوتیت (hypothyroidism) مرض برائٹ (ملاحظہ ہو منتشر بیش تکوینی صلابت = diffuse hyperplastic sclerosis) اور شاید معالی شحم - شریانی صلابت بوڑھے آدمیوں میں فیما بیل کے ہمراہ موجود ہو سکتی ہے، کیونکہ ان میں پروٹین اور شحم نہایت کثرت سے کھائی جاتی ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیطس ثانوی ہو، کیونکہ عروق کی صلاحیت کی وجہ سے لبلبہ کی دموں رسد کا قفل واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات - یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکدار ہر دو عناصر اولی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور تنج ہو جاتے ہیں، اور تنکلس اور تشریحی تبدیلیاں دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خاص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں جوئے خون کے چکر کھانے کے باعث خاص بار پڑتا ہو، یعنی غموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شاخ کی صورت میں بھونپتی ہیں۔ تنکلس اندام کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثانوی امر ہے (59)۔

علامات - ابتدائی درجوں میں شریان جس پذیر ہوتی ہے، اور جب اسے انگلیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انگلیوں کے نیچے گھمائی جاسکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ تنکلس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو۔ عرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق تیج دار ہو جائے۔ نبض ان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے، ممکن ہے کہ علقیئت واقع ہو جائے۔ چونکہ موج نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے، لہذا ”گرم تار“ والے نبض نگار (hot wire sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعیین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلاحیت کی مقدار ظاہر ہونی چاہئے۔

شریانی صلاحیت میں اکیلی شریان نہایت عام طور پر اکتھیر ومانی ہو جاتے ہیں، لہذا عضلہ قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا اختلاط واقع ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے ابتدائی فضل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں، یعنی حساسی سانس کا پھولنا، اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلاحیت بعض احوال میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقیئت یا نرف پیدا کر کے ان کے میمز و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی شنج ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو البیومن بولیت نامی

موجودگی میں یوریا دموریت (uræmia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کاذب یوریا دموریت (pseudo-uræmia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)۔

تحریر و علاج - حفظ ماتقدم اس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بیمار غوری سے احتراز لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے البستر پر آرام کرنے کی ہدایت کر دینی چاہئے کیونکہ افقی وضع دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائیڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں، اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، اگر ناقص درقبت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصہ درقیہ (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (شریان صلابتی گردے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)۔

بلند فشار شریانی

(high arterial pressure)

(ارتفاع الضغط = hyperpiesia)

نوعمند درست بالنتوں میں خون کے دباؤ کی طبی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطے بنائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کامل طور پر طبعی ہیں اور جن میں خون کا دباؤ طبعی ہے۔ اس کے برعکس شریانی مرض جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی، یعنی ارتفاع الضغط پیدا کرتا ہے، عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس واقعہ کی کمزور شخاص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے تو یہ کہنا ہے۔ ارتفاع الضغط میں ۱۵۰ تا ۳۰۰ ملی میٹر اور زائد تک کی قیمتیں مندرج ہوتی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً ادھیڑ عمر میں، یعنی تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک کامل ہو چکی ہو جاتی ہے جب کہ بڑھا ہوا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی مرحلے میں پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیرخواروں بلکہ نوزائیدہ بچے میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ عورتوں

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے۔ لیکن یہ شریانی صلابت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے قیسی عوامل اس کے ذمہ دار ہوں۔

امراضیات - شریانی فشار طبعی حدود کے اندر ایک سے زائد علالت سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زائد از معمول فعل سے بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت سے اور خون کی لزوجت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک عارضی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع الضغط کا خاص سبب محیطی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتداءً بعض شریانیات کے شعبی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قائم شدہ شکل میں یہ شریانیات کی دیواروں میں ایک الہیاتی نوعیت کے ورم کی وجہ سے ہوتی ہے جو ابھی منتشر بلیش تکونی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (جواظہ ہو)۔ بعض اصابتوں میں خون کے شریانیات اور ہیموگلوبین بہت زیادہ ہو جاتے ہیں (رکشت خلیات و مویہ = polycythemia) اور ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزعہ خون کی بڑھی ہوئی لزوجت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبعی شخص پر جس کا انکماش دمی فشار فی الحقیقت ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات عمل میں لانے سے دن کے وقت ۱۰۰ ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک متناظر کی پائی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تمباکو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش، دماغی کام، افکار اور جوش و تحریک سے دباؤ بڑھ جاتا اور انکماش سے کم ہو جاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعطیل منانے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدے میں آئی (34)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تلطیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی و عاثر کی مرکز کو متنبہ کر دیتی ہے۔ تجربہ، کتوں میں بعض کو لائڈی تجہیزات کا اشراب دماغ کے بطینی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پاشینیہ (Pacchionian bodies) جن کی وساطت سے دماغی سخی سیال کی تقطیر واقع ہو کر وہ ویدی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مدد ہو جاتے ہیں۔ لہذا دماغی سخی سیال کے دباؤ کی ایک متعلق زیادتی ہو کر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہے (17)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایک ضاغط مادہ

(pressor substance) پایا گیا ہے (68)۔ ایک رائے یہ دی گئی ہے کہ جگر میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس وقت جبکہ دموی یوریا (blood urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی ہوں اور یہ کلوئی فعل کا غیر مختل ہونا ثابت کرتے ہوں، خون میں امینو ترشوں (amino-acids) یورک ترشہ (uric acid) اور کولسترل (cholesterol) کا مافیہا بڑھا ہوا ہوتا ہے، پیشاب میں ایمنیہ نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی حالت طبعی میں تناسب اسے کم: ۳۰ اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)۔

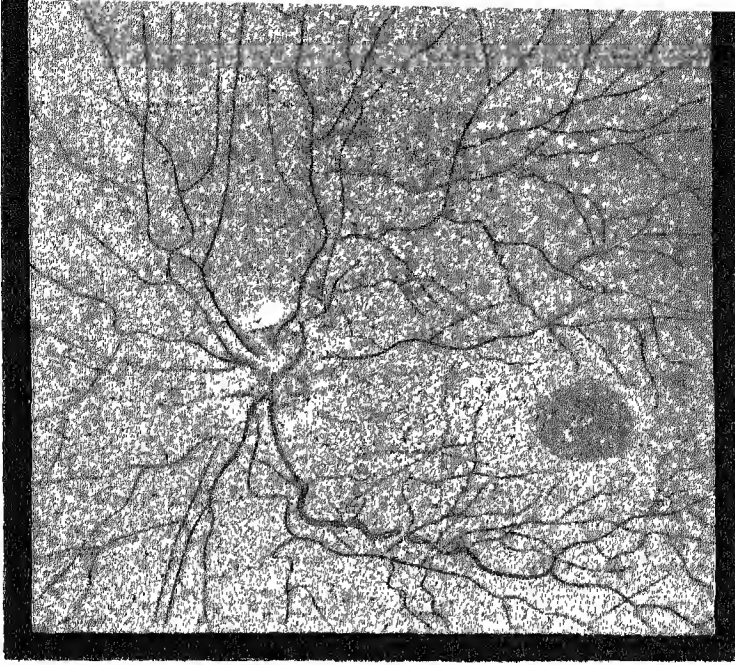
علامات۔ اس مرض کے ابتدائی درجوں میں کم از کم بعض اصابتوں میں ارتفاع اُستمر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ ازاں بعد یہ حالت مستقل قائم ہو جاتی ہے۔ مریض کو سر کے دردوں، بیخوابی، طین الاذن اور دوران سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت تمیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں: (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۳ ج ۱ صفحہ 226)۔ (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پُرشریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ ویرتک قائم رہنے والا انکماش ہوتا ہے، انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی، وہ انگلی کے نیچے کھائی جاسکتی ہے، لیکن جب اسے انگلی سے دبا کر خالی کر دیا جائے تو دوران انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ پس پذیر ہو۔ (۳) کلانی قلب اور زوردار ضربتہ الراس کا ثبوت (۴) ترجمہ اسواست قلب، یعنی راس پر پہلی آواز کی اطالت اور غلط اور اولی رقبہ میں دوسری آواز کی نفخیم یا جھنکار وار نوعیت۔

(۵) چشم بین کے ذریعہ امتحان اکثر شریانی تغیرات کی تشخیص کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے، کیونکہ شبکیہ شریانیں کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شریانیں کی کیا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شریانیں تک محدود ہوتے ہیں۔ وریدوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریاؤں کا درود جسمانت میں کم ہو جاتا ہے۔ شبکیہ شریانیں کی دیواریں طبعی حالت میں نور کا کسی حد تک انکاس کر دیتی ہیں جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک جگہ اور وھاری کی طرح دکھلائی دیتا ہے۔

شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انفکاس زیادہ ہو جاتا ہے، اور نسبتاً چھوٹی شریانیں تانبے کے تار کی طرح صیقل شدہ نظر آتی ہیں، اور ازاں بعد جوں جوں دیوار کی عتیمیت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح چمکدار دکھائی دیتی ہیں۔ یہ جگہ دار دھاری اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ دار منظر پیش کرتی ہے۔ شریانیں پیچدار ہوتی ہیں، لیکن چونکہ طبی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکلیفیت ہوتی ہے لہذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ ان کا درون بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جسامت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں، اور بعض اوقات یعنی دھاگوں جیسی نظر آتی ہیں۔ بعض اوقات وہ طبی عرض کی ہوتی ہیں، لیکن کہیں کہیں ان پر سپید جکیتی نما جماؤں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے، اور وہ ایک پائپ (pipe) کی نلی کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جائیں۔ شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و تمیز مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر ورید شریان پر سے ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے تو ورید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو ورید مقام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ وہ شریان کی دبیز دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعد دی جانب پر ورید پھولی ہوئی ہوتی ہے، لیکن یہ منظر جسے ”بنکویم“ (banking) کہتے ہیں ہرگز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴)۔

شبکیاتی مناظر (یعنی شریان صلابتی التهاب شبکیہ arterio-

sclerotic retinitis) ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ مزمّن مرض برائٹ میں ملتے ہیں۔ عصب ریشیٰ تہ میں دقیق نزقات کی وجہ سے چھوٹے شعلہ شکل رقبہ نظر آ سکتے ہیں۔ جب نزقات شبکیہ کی عمیق تر تہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ سرسری طور پر مدور ہوتے ہیں۔ لیکن ہر ایک بعد کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے جھک دار حصے ادھر ادھر زیادہ اکثر لٹخی خطہ (macular region) میں موجود ہوں، جس کے گرد وہ ایک ناسموار دستار لا نما شکل بنادیں، یا ممکن ہے وہ ایک نلکے نما شکل میں لٹخی اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیاتی وریدوں



صلابت شریانی التہاب شبکیہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکماش فٹار خون ۲۰ ملی میٹر پارہ سے
مواظب طور پر زیادہ تھا اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد "سکتہ" سے مر گئی۔
(آر۔ فاسٹر مور)



یہ تصویر کلوی التہاب شبکیہ میں "روئی کے جیسے" قطعات ظاہر کرتی ہے جو سختی التہاب کلیہ میں

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر ادھر ادھر منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر ان کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک بچی کاری کے ٹکڑے سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ تسبیحاتی لحاظ سے یہ شکلیاں شبکیہ کی بین نواتی تہ میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے متعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت، ان سپید مفععات کی نوعیت سے ماخوذ ہے جو شبکیہ شریان کی چھوٹی شاخوں کی مدد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شبکیہ تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصاف شدہ خون جذب ہو کر اصلاح واقع ہو جائے، بلکہ انحطاطی دھبے تک غائب ہو جائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی، ناقص دُموی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدان بصارت محدود ہو جائے۔ عصب بصری کا ڈیول (optic atrophy) دیکھا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ غھوڑ اورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی مکنت = amaurosis fugax) دمازت یافتہ شبکیہ شریان کے شیعہ کی طرف منسوب کیا گیا ہے (جو کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے)۔ ناگہانی مستقل کوری جس میں درد بالکل موجود نہ ہو، مرکزی شبکیہ شریان کی علقیت کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ شبکیہ صاحب نظر آتا ہے۔ اس کے خلاف لُطخہ شاہ دانہ جیسے سرخ دھبہ کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عمو د ٹوٹ کر سرخ خلیوں کے چھوٹے چھوٹے کدے بن جاتا ہے، جن کے درمیان پلازما کی صاف فضا میں داخل ہوتی ہیں (مویشی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں اتنا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں جتنا کہ وہ دوران خون کی ان دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں:۔ حُصیف البُیوسین بولیت، جز ثا نوئی کلوی ماؤفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شریان صلابتی گُردہ صفحہ 532) اگرچہ بیشتر اصابتوں میں دُموی یوریا یا تو بڑھا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض حُصیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جسبم کے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً رُ عاف (epistaxis) نفث الدم (haemoptysis)، شکیبہ اور زجاجیہ میں کے نزفات، اور شاید چھوٹے چھوٹے دماغی نزفات، بواسیر سے خون کا بہنا و بجمہ صدریہ (angina pectoris) فارکش، پنڈلیوں میں آئٹھن ہونا۔

بلش تنششی دماغی حملہ یا داء الدماغ (encephalopathy) جو کہ کاذب یوسیمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلاتا ہے، بہت ہی تمیز ہے۔ حملے سے پہلے فشارخون سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے شج یا بعض اوقات دماغی تہج کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ علامات یہ ہیں: عضلات کے عارضی استرخاآت، تشنجات، جبہ کوری، توہمات، ہذیان، ذہول، اور قوما۔ اس سلسلہ علامات کو مزمن دماغی لینیت (chronic cerebral softening) کے عنوان کے تحت زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

اولی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق و موہ کا مثلاً رشید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے اشخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تنومند و باصحت نظر آئیں، کیونکہ ان کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے، اور وہ محض اس سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو بہت سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیو لیفائی سردی کی بڑھی ہوئی جس پذیر (جو بحاسنیت = cryaesthesia) کا تذکرہ کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا بروہت بالخصوص جوارح زیریں میں محسوس ہوتی ہے اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کر دیتی ہے، حتیٰ کہ گرم موسموں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں جوارح زیریں میں گنگرین تک کی نوبت پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکلیمی علیقت (coronary thrombosis) یا دماغی نزف سے ہو جاتا ہے، یا فشل بدیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استنقا اور تہج الریہ پائے جاتے ہیں، یا کبھی کبھی یوریا و موہیت (uræmia) سے (نام نہاد خبیث بیش تنششی کی اصابتیں)۔ اکلیمی علیقت اور دماغی نزف میں موت ناگہانی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے دباؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہو سکے تو اسے رفع یا کم

کرنے کی کوششیں کرنی چاہئیں۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے معقول وجہ موجود ہو کہ طرز زندگی بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی غذاؤں اور پورین اجمام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محترز رہ کر نیز الکحل چائے، تمباکو اور شدید دماغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کر کے مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ کیلو میٹل (۲ یا ۳ گرین) یا بلیو پیل (۳ تا ۵ گرین) کبھی کبھی بطور سہل دے کر اس کے بعد ایک صبح کچھ کمیٹین دینا مناسب ہے۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کر دیا جاتا ہے تو اکثر خون کا دباؤ بد سرعت کم ہو جاتا ہے۔ عروقی موٹیتا، جیسے کہ نائٹرو گلیسرین، امیل نائٹ رائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ذبحہ کے دفعہ کی صورت میں مفید ہو سکتے ہیں۔ پوٹاشیم آیوڈائیڈ عام طور پر دیا جاتا ہے اور بعض اوقات دلک، عضلی ورزشیں، بلند تواتری روائیں، اور علاج بالما، نفع بخش ہوں گے۔ چونکہ خون کے دباؤ کی زیادتی غالباً شریانات کے کسی نریا مزمن سہی التهاب کردہ کی تعویض میں ہوتی ہے، لہذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ ڈیجیٹالس ابتدائی درجوں کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت جد ہو سکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجہ ارتقاع میں پہنچ گیا ہو اور تہج موجود ہو۔ ایسی اصابتوں میں آکسیجینی خیمہ مفید ہوتا ہے۔ ارتفاع الضغط کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند ہیمو گلوبین موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ دند و سر جیسے علامات موجود ہوں، قصد کے منہ پر غور کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایک نائٹ رائٹ خون خارج کر دینے سے تسکین ہو جائے اور پھر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اسے مکرر عمل میں لاسکتے ہیں۔ فشل قلب ہونے کی حالت میں بھی قصد لے سکتے ہیں (نیز ہلا احتلا، ہو شریان صلاحتی کردہ)۔

عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ وار لنگر دینے یا متوقف عرجان کی اس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دوسری ٹانگ میں کمزوری ہے اور اسی کے ساتھ جگر، پانچ، پن، پیچھن کے احساسات، درد اور آہٹیں بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لازماً لنگرا کر چلتا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے درد کے یہ احساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دوران خون کے اختلال کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقی جھلک کے ساتھ، اور دھبے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں پسید اور ”مردہ“ ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شرائین خون کی اس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ماؤف جارحہ کی ظہری قدیمی شریانی (dorsalis pedis artery) میں یا پینڈلی کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریان میں بعض غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں حقیقہ عضلی لاغری اور محیطی اعصاب کا انحطاط (التهاب اعصاب محیطی) (peripheral neuritis) مشاہدے میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے، اور چند اصابتوں میں یہ شکایت جوارح بالا کے مرض ریناؤ کے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سرخ الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، درد سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بکثرت اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریانوں یا وریدوں کی صلابت، انطاسی شریانی التهاب یا آتھیروما، یا انطاسی علقی التهاب عسروق (thrombo angiitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے۔ جن اصابتوں میں شریانی صلابت یا انطاسی شریانی التهاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، ان میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی شنج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرض ہے۔ اور نقرس، ذیابیطس، اور آتشک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک مضبوط پٹی کے ذریعہ ایک

جارج کا دوران خون بند کر دیا جائے، اور اس جارجہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی پ۔ عامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گردش کی بافتی مضاؤں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو اسے رسد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار - گنگرین کے آغاز اور صلابت شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر، بعض خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تسکین، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ تسکین ہو سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا امتحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہئے، مثلاً دھڑ پر گرم ہوائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم مقبض میں ڈبو کر جب کہ طبی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی تپش بڑھ جاتی ہے (72)۔ ملاحظہ کیجئے یہ تعامل حامل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہئے۔

علاج - مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہئے اور دوران خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہئے کہ جس پر عروق کے اندر کا تسد و اپنا عمل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ آشکی اصابتوں میں آیوڈائن آف پوٹاسیم، سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آزمائے جاسکتے ہیں، اور وہ مقامی دوائیں مزین ریٹاڈ میں مستعمل ہیں، نیز متروڈ برقی غسل، گرم بلند تو اتری روئیں، اور لطیف و لکس اس میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ انقی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (ہٹاؤ فی صدی) مہ ہوا کے استعمال کرنا اور اس طرح ہفتہ میں کئی مرتبہ پندہ منٹ تک عمیق تنفس کرنا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالہ ماریا سے کیا جاسکتا ہے اور مناسب موقع پر آؤف حصہ کو متور کر دینا چاہئے۔ شریان کی حالت، یعنی موجودہ تکس کی مقدار، شعاع نگاری کے ذریعہ متعین کی جاسکتی ہے اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا بڑھت اوپر یا زیادہ نیچے کرنا چاہئے۔ گنگرین اور مغلور گنگرین کا علاج اس طرح کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصاب مشار کی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی شیخ موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد الکحل کا اثرب کیا گیا ہے (40)۔

الطاسی علقی عرقی التهاب میں قطنی مشارک بوری (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

حمرتی وجع الجواج

(erythromelalgia)

اس حالت میں جسے سب سے پہلے ویئر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ٹانگوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ ہی پاؤں کے بعد عروق و موہیہ کا اتساع واقع ہوتا ہے جس سے ماؤف حصہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چمکداز اور وریڈیں اُبھری ہوئی ہو جاتی ہیں، اور شاید پسینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جواج بالا اور دھڑ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید جلن اور تپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت، ورشش اور جواج کی ملکی ہوئی وضع کو یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں، بروقت سے اور جواج کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہو جاتی ہے۔ ابتداؤ یہ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن (متدا زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ موذی اور شاید ساتھ ہی کم شدید ہوتے جاتے ہیں)۔ یہ حالت ابتدائی ادھیڑ عمر میں ہوا کرتی ہے اور بچوں میں سبباً ظہور۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر تنجائی علامات نمودیاب ہو گئے۔ اول دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال نخاع (tabes)، تنجائی جو فیٹ (syringo-myelia)، اور علامت منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجع الجواج کی بعض اقسامیں تم آرگٹ (ergotism) اور انطماستی شریانی التهاب کے باعث ہونا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجع الجواج متوقف سر جان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی بیکیانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے جس سے عروق شریانی کا اتساع ہو کر حصہ ماؤف کی رموی ریسر زیادہ ہو جاتی ہے۔ بیرونشوں کے سم انفارمیسم میں حمرتی وجع الجواج مشاہدے میں آیا ہے۔

علاج بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے؛ بروقت، مناسب وضع، اور مارفیا کے استعمال سے۔ فراڈیت (faradism) اور دلک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔

جو اسرجی حساسیت (acroparasthesia) - اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سنناٹا یا بے حسی، یا آلیہینوں اور سوئیوں کی کھا پیچھن ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعاء کی اختلال بھی ہو۔ یہ فساد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمول کے نسبت زیادہ شائب یا زیادہ سرخ، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیشہ میں زیادہ کام میں لایا جانا، یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جاسکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے :- یہ فساد وعاء کی شنج سے منوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis) 'ظہری مزال نخاع' (tabes dorsalis) اور شامل اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور ہلکا یا سب سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، مقویات، شب کے وقت پوٹاشیم برومائڈ، اور مستمر برقی رد پرتھل ہے۔

انورسما

(ANEURYSM)

یہ نام (جس کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اس کے تمرکی کم و بیش محدود وسعت میں ہو۔ انورسما اپنی شکل کے لحاظ سے تکلف نما (fusiform) اور ناچل ڈاڑ (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلف نما وہ ہے جس میں عرق کے سارے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاجک دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک گلوبچہ نما ابھار بنا دے اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے جڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات

بالخصوص جواج یا شکم میں ایک تاجیک دار انورسما ایک ابھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گرد و پیش کی ساخت میں رس کر ایک زور بنا دیتا ہے، جو التهابی بافت کے ایک قسم کے دوسرے سے محدود ہوتا ہے۔ اسے (انورسما منتشر) (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اتھیروما سے ماؤف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقتوں میں گھس جاتا ہے، اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عروق کو ایک نقطہ پر کمزور کر دے۔ عام ترین سبب اتھیروما ہوتا ہے، بالخصوص بڑے عروق میں جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے۔ ایسے پچھلے عروق، مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں ممکن ہے کہ عروق شریانی التهاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سدادیت سے یا تارن کے حملہ سے)۔ بیرونی طنطنہ کے جراحی تقریرات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خراشیں ایک اور اسباب متحدہ ہے، اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسب کار و اج زیادہ عام تھا، یہ شریان ماہضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرت وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبت زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے معدہ ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

فرضی تشریح۔ نتائج کے متعلق مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاجیک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ خود تاجیک کے اندر کے خون کی تردید ہے۔ چونکہ ایسا خون راستہ روکے باہر ہوتا ہے، لہذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے، نیز انورسمائی سماجے کی نامہواری اس کی تردید میں جہد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ صاحب زردی مائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاجیک میں استرنا دیتی یا اسے تقریباً بیکر کر دیتی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاجیک کی کامل پُری ہو جانے سے ممکن ہے کہ انورسما سے مٹروس یا شفا یاب ہو جائیں عرق خاص سے رابطہ جس قدر

ہذا واندہ رہے گا، فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔ چنانچہ تھکے نما انورسائیں ایسی کوئی فراہمیاں نہیں واقع ہوتیں۔
انورسا کا ایک دوسرا نتیجہ گرد و پیش کے حصوں پر اس کا دباؤ ہے۔ ممکن ہے کہ سماچہ بہت بڑی جسامت حاصل کر لے۔ ایک انورسا جس کا نمونہ گائز ما سپنل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محراب اور طی سے نکلا ہے، اس کا قطرہ انچ تھا۔

انورسا کا ایک تیسرا اثر نزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہو جاتا ہے۔ کھوکھلے احشاء اور مصلی کہفوں کے اندر انشفاقات کا وقوع اکثر سرلیج ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ اتصالی بافت یا بین عضلی فضاؤں میں انشفاقات اکثر نسبت بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ جب وہ جوالج میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔
علامات - ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے: وہ علامات جو تمام انورسوں کے عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسا کے مقام وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔
وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں :- (۱) سلحہ - 307
(۲) نبضان - (۳) خریر - (۴) درد - (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات -

صدی اور طی کا انورسا

انورسا صدی اور طی میں سکنا ڈیئے یعنی سینہ مصرعوں سے لے کر ڈانفراہم تک کسی بھی حصہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات ماؤف ہوتا ہے اور ان حصوں میں سارے قطرہ کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی تاہلی انورسما تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حمل ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے ذرا اوپر ہے۔ یہ مردوں میں نسبت بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (عورتوں کی ۶۸ مثالوں کے مقابلہ میں ان کی ۵۰ مثالیں) (65)۔

علامات - یہ بخمال سہولت تین زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں جن کا انحصار انورسا کے محل وقوع اور سمت بالیدگی پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہئے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسا کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہئے۔ اور طی صاعد کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب 'اناراتہ طبیعیہ والا انورسما' ("aneurysm of physical signs") کو حق بجانب ثابت کر دیتا ہے، اپنے ممر میں پبلیوں اور عظم القص کو متاعل کرتا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور ایک دردناک اور الیم نابض سلمہ کے دوسری یا تیسری دائیں بین صلتی فضا میں یا نسبتہ شاذ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضا میں ظاہر کرتا ہے۔ اس پر ایک نرم انگلی ششی خریہ سنائی دیتا ہے۔ اس خطہ کا ایک سلمہ دائیں طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی ورید اجوف پر باؤ ڈال کر بازوؤں کا آؤ بیما پیدا کر دیتا ہے، یا وہ دائیں سینہ کے بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور دائیں شش کے بالائی لختہ کو یا اس کے اندر جانے والے شعبہ کو مضبوط کر دیتا اور متناظر رقبہ پر آواز تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں صمیت پیدا کر دیتا ہے۔ بائیں طرف ایک انورسما شریان ریوی کو دبائے گا، دائیں قلب کا اتساع پیدا کر سکے گا اور بالآخر شریان ریوی کے اندر واہو سکتا ہے۔ اور طی انورسما شاذ موقعوں پر ایک یا دوسری خاص ریوی شاخ کے اندر دائیں بطن کے اندر دائیں اذین کے اندر بائیں اذین کے اندر اور فوقانی ورید اجوف (دوقالی نما انورسما = varicose aneurysm) کے اندر واہو گئے ہیں۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً تمام اصابتوں میں جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو، تو ایک خریہ خانی دیتا ہے۔ اور بعض اصابتوں میں اس کے نادر صفات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل یا موج دار خریہ ہوتا ہے، جو بظاہر پہلی اور دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا ہے اور بالخصوص کرخت، نفی یا گرج دار ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ خریہ دوہرا، یا صرف انگلی ششی ہوتا ہے۔ اکثر ایک فذبہ موجود ہوتا ہے۔ اور طی صاعد کے انورسماؤں کا ایک عزیز اور الوقوع انخت تمام ان کا سہارہ انورسما کے اندر انشقاق ہے۔

اور طی انورسما کا ایک تشخیصی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے، یہ ہے کہ اس میں اور طی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے اور ساتھ کو یا قدیم چوبی مسامع الصدر پر رکھے ہوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انڈسٹاٹیل صدمہ یا باثر گشت = diastolic shock or rebound)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

انورسما اور طی دہنہ میں متداخل ہو جائے اور اس طرح اور طی باز روی (aortic regurgitation) پیدا کر دے جس کے ساتھ دوسری آواز غائب ہو جاتی ہے۔

مکن ہے کہ محراب اور طی کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب ”علامات والا انورسما“ کو صحیح ثابت کرتا ہے، اوپر کے طرف قاعدہ گردن

تک بڑھ جائے، جہاں وہ ایک نابض سلسلہ بنا دیتا ہے اور سباتی یا لاسمی شریان کے انورسما سے بمثل شناخت کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے اثرات عجیب وہ موجود ہوں بالخصوص قصیر الریہ

کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں اور ضررہ اور بھر پیدا کر دیتے ہیں۔ اور خود سلسلہ کی موجودگی عظم القص کے بالائی سرے پر اہمیت سے اور ایک خریر سے ظاہر ہوتی ہے۔ اس مقام پر

ایک بڑا انورسما قصبتہ الریہ پر دباؤ ڈال کر منجرہ کو نیچے اور بائیں طرف کھینچ سکتا ہے۔ پھر یہ بھی مکن ہے کہ یہ انورسما نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شعبت پر دباؤ ڈال کر

وہ طبعی امارات پیدا کر دے جو میان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شعبت پر دباؤ یا قصبتہ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبعی امارت پیدا کر دیتا ہے، جسے قصبی کشاکش

(tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض سیدھی کھڑی دھن میں ہو اس کا منہ بند ہو اور ٹھڈی انتہائی درجہ تک اوپر اٹھی ہوئی ہو۔ حلقی غصروف کو اٹنگلی اور انگوٹھے سے پکڑ کر اہستہ سے اوپر اٹھایا جاتا ہے، جبکہ حلقی کو پکڑنے

والی انگلیوں کو انورسما کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔ تخفیف کشاکش بعض تندرست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے، لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسما کی ایک قابل قدر علامت ہے۔ اگر انورسما کا دباؤ باز گرد خجری عصب پر پڑے (جو بائیں شعبت کے گرد لپٹی

ہے) تو بائیں جل الصوت کے عضلات مبعده کا شلل (abductor paralysis) پیدا ہو کر ازاں بعد عضلہ مقربہ کا ”شللی تقبض“ واقع ہو جاتا ہے، اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ جل مزمار کے وسط میں آ جاتی ہے اور مکن ہے کہ کیس قدر ضررہ اور ایک دوری

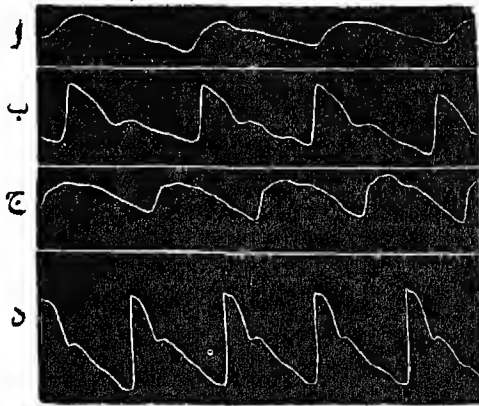
ریتی یا نحاسی کھانسی (clanging or “brassy” cough) پیدا ہو جائے۔

مکن ہے اور طی نازل کے انورسما سے مری پر دباؤ ڈالیں اور سرخ الطبع یا غدا کی باز روی پیدا کر دیں یا وہ صدری قناتہ پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسما پیچھے کی طرف بڑھ رہا ہو تو وہ ریرہ کی عظمی بافت کو کھالیتا ہے، بین ضلعی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

کر دیتا ہے اور ازاں بعد نخاع کو مبتلا کر کے پافالچ (paraplegia) پیدا کر دیتا ہے۔ اگرچہ فقرات متاثر ہوتے ہیں تاہم بین فقری غضروف مسلم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریڑھ کی ہڈی پر ایک خیر رسنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسا جانباً بڑھ جائے ایسی صورت میں وہ شش کو دبا کر پچکا دیتا ہے اور محدود المقام صمیت پیدا کر دیتا اور شخصی خریک کو غائب کر دیتا ہے۔

کعبری نبضوں کی علام

مساوات۔ اگر انورسا لاسمی شریان یا بائیں زیر ترقوی شریان کو دبائے یا ان میں سے کسی ایک کے مبداء کے مقام پر ایک رو بندہ کر عروق کو مسدود کر دے تو متناظر نبض نبعثہ کم دباؤ رکھتی ہے اور اس کی نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک دھلواں ضرب صاعد پائی جاتی ہے (شکل ۱۴، ۱۵، ۱۶)۔



علامہ مساواتِ حلقہ قاحل قحی

(لاتساوی = anisocoria)

کو عموماً عصب مشار کی کے ریشوں

میں مداخلت ہو جانے کی طرف

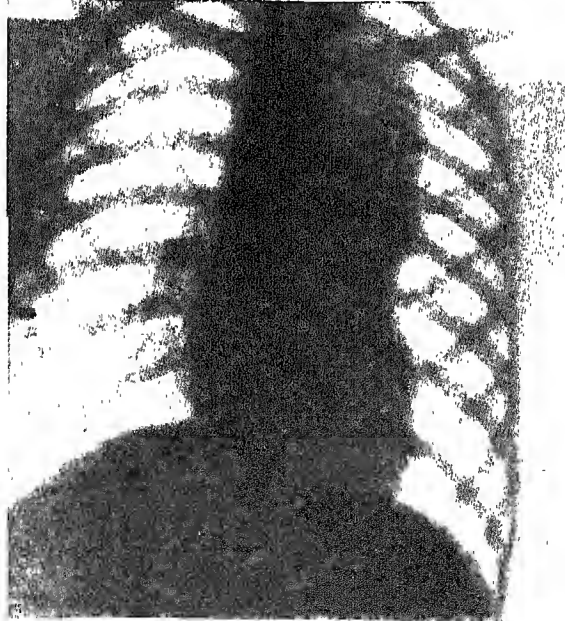
منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جہات

کے انورسا کے ساتھ لاغری، کھانسی، زور لگانے پر یادوروں کی شکل میں تھیر اور درد کا پیدا ہونا عام متلازمات ہیں۔ موت، اکثر عضلہ قلب کے متلازم تغیرات سے (جو اکلیمی عروق کی صلابت کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری، قصبۃ الریہ یا شہتہ پر دباؤ پڑنے اور ان کے ضروری افعال میں مداخلت ہونے کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے۔ یا شش پر دباؤ پڑنے اور اس میں التهابی اور عفونی اعمال کی وجہ سے

شکل ۱۴۔ نبض نگاری ترسیمات۔ ۱۔ ایک مریض میں جس میں انورسا لاسمی شریان کو دبا دیا تھا دائیں نبض کمبری۔ ۲۔ اسی مریض میں بائیں نبض کمبری۔ ۳۔ زیر ترقوی پچکا کے پچکاؤ میں نبض کمبری۔ ۴۔ اسیروائی شریان، طبی ترسیم ظاہر کرتی ہے۔ دباؤ چھ اونس۔



الف۔ اورطی کا تپکی اینورسما۔



ب۔ مرض ہاجکن جس میں واسطہ چڑا ہو گیا ہے۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر

لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

یابا آخر تاچ کے اشتقاق اور نرف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا تا مور یا پیوریائی تاجہ کے اندر ہو جانے کی وجہ سے۔

تشخیص - علامات اور طبی امارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اور طبی انورسا کی تشخیص کا کچھ ایسا ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشعا عمل کے ذریعہ سے کرنی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک انورسا اور دوسری قلب، شریان ریوی یا ورید اجوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ اشتقاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آسکتا۔ بعض اصابتوں میں تہر زراق اور استقائے شکلی میں دفعتاً زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ متمیز امارت وہ مد و جزری خریر ہے، جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اس خریر سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قفاۃ ثیریا کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف سے کم اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انفادار - عضلہ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدری انورساؤں میں بشمول عدید انورساؤں کے زندگی کی اوسط مدت ان کے شناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واحد انورسا کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب انورسم عدید ہوں تو معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

علاج - سینہ کے انورسا کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (۱) آرام و سکون۔ (۲) سختید غذا۔ (۳) واقعات درد اور سکنت کا اشتغال۔ (۴) آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رکھ کر کلی طور پر آرام لینا چاہئے اور اسے کسی وجہ سے بھی اٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقہ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی اصابتوں میں بالآخر عضلہ قلب کے تغیرات موت کا باعث

ہو جاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹنفنیل (Tufnell) نے جو کلی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا، ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۱ اونس جامدات (معہ ۳ اونس گوشت) اور ۴ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کر کے دئے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزما ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد، نیند لانے، یا بیچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، لیکن دوسرے مسکنات بھی کارآمد ہو سکتے ہیں مثلاً برومائیڈ آف پوٹاشیم، کلورل پیرالڈی، یا سلفونل۔ بیلادونا کے الساقات یا سردی، یا فصد کے ذریعہ اخقور اساتون نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم انورسما میں ترویج خون پر خاص اثر رکھتا ہے، کیونکہ اس کے استعمال سے باوجود یکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو، نبضان اور درد میں کمی ہو کر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ اسے ہر صحتی ہوئی متبادوں میں روزانہ ۶، ۹، یا ۱۰ اگرین تک دینا چاہئے۔ کولٹ (Colt) نے انورسما میں "نار داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو عذیم الحس کرنے کے بعد تاجہ میں ایک قنولچہ اور ایک مبزل داخل کر دیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آزادانہ بہاؤ ہو تو ایک ظرف (container) میں ناروں کا ایک ملا ہوا سلسلہ قنولچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے، اور تاجہ میں داخل ہونے کے بعد یہ نار ایک چھتری کی صورت میں کھل جاتے ہیں اور خون کی تجمید واقع کرتے ہیں۔ تھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے، لیکن دو تین امیانتوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمدد پذیر نبضان کے باوجود تاجہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

شکلی انورسما

امراضیات۔ اس کا معمولی محل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ماساریقی شریان کے مبداء کے درمیان ہے، اور وہ اکثر محور شکمی (coeliac axis) کے مبداء کو ماؤف

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی میں ممکن ہے کہ وہ متصلہ اعضاء سے مداخلت کرے اور وریدا جوف کو دبائے یا فقرات کو متاثر کرے۔ فوقانی مارا بقی کے یا حرقی شریانات کے انورسا نسبتہ کم عام ہوتے ہیں، اور یہاں ان پر خاص طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

علامات حسب ذیل ہیں :- درود، ایک نابض سلعہ کی موجودگی میں پرزیر ہو، اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ ذہن د شکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دوری یا وجع العصبی (neuralgic) ہوتا ہے، اور بن ران یا پشت کے اندر ہر طرف تشعیر کر سکتا ہے۔ سلعہ، قدرتی طور پر مقام ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے وہ شریانی خط میں، خط وسطی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوبوچ یا میضوی، نابض اور تمدد پذیر ہوتا ہے، اور ڈاکھرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاید ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انکماش خیرینا جاسکتا ہے۔ سوائے درد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضاء اس کے تقدم پر آسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اوسط عمر کہ جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۳۶ سال ہے، اور انورسا کی مدت ۸ اہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ اہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر یا باریطون میں یا کھوکھلے احشاء میں سے کسی ایک حشاء کے اندر تاج کے اشتقاق سے ہوتا ہے۔ تشخیص - عورتوں میں شکم کا جس کرنے پر طبی اور طی کا نبضان نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر ان کی دیوار شکم کے عضلات کمزور ہوں یا کھوکھلے اسے اکثر غلطی سے شکمی انورسا سمجھ لیتے ہیں۔ شکمی انورسا کو اور طی کے سامنے واقع ہونے والے سلعات سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص سرطان معدہ (carcinoma of the stomach) اور نسبتہ کم عام طور پر صراہ کے سرطان سے جن میں تندرست اور طی کا نبضان منتقل ہو جاتا ہے۔ اور طی پر کے سلعات جانتا نہیں پھیلتے، اور اکثر شکل میں ناہموار یا گرہ دار ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جب مریض کو آوندھایا اس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلعہ اور طی سے دور گر جاتا ہے تو یہ نبضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطان معدہ اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسا اتنا نہیں ہٹتا۔

علاج - یہ انہی اصول پر ہونا چاہیے جو صدری انورسا کے عنوان کے تحت

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکمی انورسا ایک ضابطہ (tourniquet) کے ذریعہ قریبی یا بعدی انضباط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شگافی کے دوران میں کولٹ (Colt) کے تار داخل کئے جاسکتے ہیں۔

اورطی کا پیدائشی تضایت

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے شاذ ہے کہ اس کو شاذ طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں قناتہ شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر اور بائیں زیر تر قوی شریان کے مبداء سے ذرا آگے اور طلی کی ضیق یا کامل انطاس ہو جاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اس کے دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تو زیر تر قوی اور ابلی شریان کی شاخوں کے درمیان اور دوسری طرف صدی شریان (thoracic arteries) اور شریانی شریان کے درمیان تغیم ہو جاتا ہے۔ تغیم کرنے والی شریان خون کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور بڑی بڑی پیچیدار نابض عروق بنادیتی ہیں جو بالخصوص عظم الکشف کے ظہری کنارے کے ساتھ ساتھ اولی کے زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ فشارخون بلند اور قلب بیش پرور وہ ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ نکتہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں۔ اتساع نہیں ہوتا۔ لاشعائیں ضلعی کناروں پر قلع شریانی قنات کے دباؤ سے پڑے ہوئے اختفاضات ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن یہ قلع پستان شریاتوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماش خیرات ہوں۔ لیکن یہ کہ شکمی اور طلی اور حرقنی اور نخدی عروق نبضان سے متراہوں یا آن میں صرف خفیف ما نبضان ہوتا ہو جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اور طلی کی راہ سے ان میں خون پہنچنے تک خون کی روکاؤ رکھٹ جاتا ہے۔ عضدی اور نخدی شریانات میں فشارخون کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ نامکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہتے ہوئے سخت عضلی قنحت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے۔ تشخیص تمام نوجوان موصوفوں میں کہ جن میں مواعظ بلند فشارخون ہو، نخدی شریانات کو جس کرنے اور عظام الکشف کے گرد قنات کو تلاش کرنے پر منحصر ہے (61)۔

مرض ریناؤڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ جسے پہلے ہیل ریناؤڈ نے ۱۸۶۲ء میں جوارج کے مقامی اختناق اور متشاکل لنگرین کے نام سے بیان کیا، نسبتاً چھوٹے شرائین عموماً اصبعی شرائین کے ایک شعبی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تعویق یا ایقات واقع ہو جاتا ہے۔ اب تک ریناؤڈ کے مرض کا سبب و عاخر کی تشخیص ہی سمجھا گیا تھا اور مشار کی زنجیر کے بعض حصوں کے امتیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ قیاساً ایسا تشخیص معافی رکھو سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور آئن ہارن کے اثنا عشری انبویہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تفصیل کرنے سے علامات دور کئے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر ابتداً پاؤں کے ٹھنڈے پڑ جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ مشاہدات کی بنا پر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلا واسطہ ماؤف ہوتے ہیں اور یہ کہ وعاخر کی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16) اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جا چکا ہے (70)۔

اسباب۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر الوقوع ہوتا ہے اور ابتداء عام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سردی اور جذباتی اختلال اس کے اسباب ہجیمہ ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عظیم الدم، عصبی یا ہسٹیریائی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وہ وقوع مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرض ریناؤڈ کے ساتھ ہیپوگلوبین بولیت (haemoglobinuria) 'التهاب اعصاب محیطی' (peripheral neuritis) اور مختلف جلدی ثورات، بالخصوص صلابت جلد (scleroderma) یا صلابت انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخر الذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور چکدار ہو جاتی اور بالآخر مذبول ہو جاتی ہے۔

علامات - دوران حمل میں جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نمودار ہو سکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سن اور دردناک ہو جاتی ہیں۔ ان کا رنگ یا تو سپید (مقامی غشیان) یا نیلگوں یا لیل سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا، حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو انھیں دبانے سے ایک سپید و صہبہ پیدا ہو جاتا ہے، جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارحہ کا متعلقہ حصہ اکثر کسی قدر سوجا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے اوپر تھوڑے فاصلہ تک جارحہ میں ایک کبود مرمریت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔ شفایابی کے ساتھ ساتھ جھنجھناہٹ اور چھین محسوس ہوتی ہے، اور کبودی بتدریج پہلے قرمزی اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حمل کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہو جاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کچی بیشی کا انحصار خون کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو عروق شریانیہ اور چھوٹی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبی اشخاص میں تکشف (مثلاً ویرنگ نہانے) کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات پالا گھاؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرض ریناڈ کی مشال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مصلی قہمی سیال سے بھرے ہوئے آبلے بن کر پھوٹ جاتے ہیں، اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرعے رہ جاتے ہیں جو کبودی کے رفع ہو جانے کے بعد مندل ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کے مکرر ہونے پر ممکن ہے کہ ماؤف حصے پر بہت سے چھوٹے چھوٹے جذبات بن جائیں، اور انگلیاں ایک جھری دار پیکھا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کر لیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے جھکے اتر جائیں اور ناخن چھڑ جائیں۔ دوسری اماتوں میں ماتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آبلوں یا غلیظہ کے بنے بغیر سیاہ، جھری دار اور گنگرینی ہو جاتی ہیں، اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ غشیشہ بن کر علیحدہ ہو جاتا

ان شدید اعصابوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے، جو دوسرے جراح میں بھی تشعّب ہو جاتا ہے۔ نبض تپلی اور غلطہ پذیر ہو سکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے، اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ ہاتھوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں اور کبھی کبھی ان سے پہلے ہی ناک اور کان کبود ہو سکتے ہیں لیکن اکثر ان کا اغاثا نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مندمل ہو جاتے ہیں تو بہت کم اندام باقی رہ جاتا ہے۔

اس کے حملے ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں اور بعض اصابوں میں خفیف مکرر حملوں کے بعد انگلیاں ایک مستقل سن اور بھری دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

تشخیصی - شیخوخی گنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے: مریض کی عمر نیز اس میں گنگرین ایک ہی جارحہ اور عموماً جارحہ زیریں کو ماؤف کرتی ہے اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے، اور جارحہ کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصرہ (chilblains) مقامی اختناق سے کسب قدر مشابہت ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی مماثل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واضح تکلف سے ہوتا ہے۔

انذار - یہ مرض مہلک نہیں ہوتا اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔

مرض ریٹاڈ کا کارگر علاج یہ ہے کہ آنٹوں کو مقررہ وقفوں پر جسمانی تپش والے عقیقہ مالح کے ۵۰۰ فی صدی محلول کے ۴ تا ۶ پائنٹ سے، ایک آٹنا عشری انوبہ کے ذریعہ سے، دھارا جائے جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے باقیہا کو دھو کر خارج کر دیا جائے۔ متبادلاً ہر صبح کو اسی محلول کے ۴ تا ۶ پائنٹ پی لئے جائیں۔ (پریگ کے) ٹامی ٹیک (Tominek) نے طبی مالح کے اندر ریڈیم کے فوس کے دروں وریڈی اشرا بات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں: - ہاتھ پاؤں کو گرم رکھا جائے۔ فرک جو مائاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ متبادل

گرم اور سرد نطولات کے ساتھ ممزوج کی جاسکتی ہے۔ بلند تواتر (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy) - مفید ترین ادویہ آئیوڈین اور درقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

التهاب الوريد

(PHLEBITIS)

وریدوں کے التهاب یا التهاب الوريد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی درریش واقع ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبقات کا حقیقی نتیجہ پیدا ہو جائے۔ ورید کے بٹانہ اور ظہار کا التهاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دسویں وریڈی التهاب (endophlebitis) اور گرد وریڈی التهاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گرد وریڈی التهاب، ورید کے باہر کسی التهابی مرکز کے تماس سے یا تضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ وروں وریڈی التهاب زیادہ اکثر خود ورید کے اندر خون کی علقیت یا ترویب کے نتیجہ کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ یہ علقیت یا ترویب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علقیت)۔ ممکن ہے کہ تھکاوڑ یا دیوار سے جھکا رہے، اور ساتھ ہی اس کا تضییع واقع ہو کر ورید بالکل مطمئن ہو جائے۔ یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ تھکے کے اندر راتہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نمایع بن جاتا ہے۔ گرد وریڈی التهاب اندر پھیل کر خو علقیت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ورید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مہاجر علقی وریڈی التهاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ کثرت سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور احشاء کی وریدوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً ضررات کسی عضوی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ادب کے لئے ملاحظہ ہو 64)۔

علامات - التهاب الوریڈ میں ماؤف عرق کے ممر میں درد اور الیمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اویری وریڈ کا التهاب ہو تو سطح پر بھی کچھ سسرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ وریڈ ایک ابھری ہوئی سخت رستی کی طرح محسوس کی جاسکتی ہے اور اس مقامی مرن کے ساتھ کسی قدر حموی ردِ عمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گرد و پیش کی بافت کے سخت ہو جانے، جلد کی سرخی اور اُرمیا اور بالآخر متوج سے پھوڑوں کی نکون ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

علاج - التهاب الوریڈ کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے، درد میں کمی کرنے کے لئے گرم کمکدات استعمال کر میں یا گلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے انفیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جدا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہئے (ملاحظہ ہو علقیّت اور سدایت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شکاف کے ذریعے سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہوگی۔

علقیّت اور سدایت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیّت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اس ترویج پر کیا جاتا ہے جو زندہ ہونے کے اندر (خواہ شرائین میں خواہ وریڈوں میں) یا قلب کے کہنوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود تھکے کو علقہ کہتے ہیں۔

سدایت سے مراد تھکے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شے رسلات کے ذریعہ طفیلیات، شحمی گلوبیول، کا دوران خون کے ایک حصے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہو اور وہاں مغرور ہو جانا ہے۔ سدایت کا وقوع نظامی دوران خون کے محیط کو جانے والی شرائین میں نظامی وریڈوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شریان میں نیز جگر کو جانے والی بانی وریڈ میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرے کو سدایت کہتے ہیں۔

فائبرین کی تکوین کی اُن حالتوں کے علاوہ جو عموماً ترویب پیدا کر دیتی ہیں، علیقت کی پیدائش میں دو اور اہم عوامل کارفرما ہوتے ہیں جو یہ ہیں: (۱) خون کی روکی غیر معمولی نسبت رفتاری خواہ گھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہفہ کی استری بھلی کا کوئی ضرر یا اس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خرد عضویات یا ستمیات کا حصہ ہو سکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نفرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، علیقت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی ترویب اس کے مہذب مصرعوں پر ہوتی ہے، یا اس کے کہفوں کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ قسح ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی ترویب اس وقت ہو جاتی ہے جب کہ اُن کی دیواریں متضرر ہوں، یا جب وہ عفونی یا گنگریہنی اعمال سے متاثر ہوں۔ شرائین میں ترویب بالخصوص اس وقت ہوتی ہے جب کہ اُن کی دیواروں میں آتشکی یا اتھیرومائی ضررات ہوں، یا وہ انورسمائی اتساعات میں مبتلا ہوں۔ وریدوں میں ترویب اس وقت ہوتی ہے جب کہ وہ باؤکی وجہ سے اُن کے خون کی روست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری، ضعیفی اور عدم مویتی عوارض کے موضوعوں میں خفیف ترین مقامی اختلال موجود ہو۔ اس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام متعین پر صحیفات دمویہ کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور ازاں بعد پید غلیجہ مجتمع ہو جاتے ہیں یا فائبرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی ترویب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اس میں ایک تسد پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ ترویب شرائین کے اندر ہے یا ورید میں اس تسد کے اثرات جداگانہ ہوں گے۔ جب رُوبہ ایک بار بن جاتا ہے تو اس کے اور پراپیچے دوران کرنے والے خون سے فائبرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ علقہ نسبتاً بڑھے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب رُوبہ پہلے پہل بننا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریدوں کو بھردیتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سکڑ جائے اور اس طرح دورانِ خون کو ازسرنو جاری ہونے دے۔ لیکن رُوبہ کا اختتام ہمیشہ ایسا موافق نہیں ہوتا۔

علقہ عموماً کسی قدر دروں شریانی التهاب (endarteritis) یا دروں وریڈی التهاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ اس کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس تھکے کا تقضیہ واقع ہو کر عرق کا مجری متقل طور پر مٹوس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ غفونی خرد عضویہ رو بہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نمایان کر دیں جس میں جسامت ریم خرد بنقیات اور باریک ذراتی ریزے ہوتے ہیں۔ قلب اور وریڈوں میں علقیّت ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رو بہ سے ریزے ٹوٹ کر دوران خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سدا د بن جاتے ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام وقوع اور اس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریڈی علقوں سے جو ٹکڑے جدا ہوتے ہیں وہ خون کی رو کے ذریعہ سے دائیں آئین میں، اور ویاں سے دائیں بطن میں اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں اور اپنی جماعت کے لحاظ سے، وہ اس شریان کو یا تو بالکل اس کی ابتداء میں یا جرم شش کے اندر مسدود کر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سدا دیت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اور طی یا مطرانی مصراعات پر کئے، یا دائیں آئین کے اندر کے علقات، دماغ، طحال، گردوں یا جوارح میں، یا اور کسی مقام پر نظامی شریان کی سدا دیت پیدا کر دیں گے۔

اگر سدا دیت کے بعد بجانب دوران خون فی الفور ذقائم ہو جائے تو اس کا نتیجہ مسدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اس طرح متاثر شدہ حصے کو مفعمہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء مثلاً جگر میں عروق کا نیم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں مفعمات کبھی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو ویاں کچھ مفعمات موجود ہوتے ہیں، تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان مسدود ہو جاتی ہے (جو اس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منتھائی شریان) تو ایک مفعمہ بن جاتا ہے۔ وہ ٹھوس اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہذا تراش قطع کرنے پر وہ مثلثی یا فائدہ شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد المات دیکھا جاتا ہے، وہ سخت یا نرم ہوتا ہے اور رنگ میں سپید یا زردی مائل سپید (سپید مفعمہ = white infarct) یا سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے

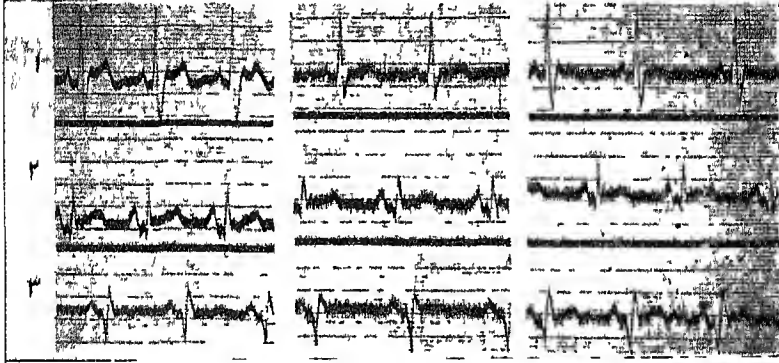
(نزفی یا سرخ مفعلہ = hæmorrhagic or red infarct) - سپید مفعلہ جو عموماً گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ ترویجی تغیر ہے۔ یافت اپنی دموی رسد سے معزاً ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا لف اس میں نفوذ کر جاتا ہے اور اسی میں ترقیبی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرد اگر دیش دمویت اور نزف کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر ترویج پذیر مادہ کافی ہو تو مفعلہ سخت ہوتا ہے، جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبت کم وافر ہو تو مفعلہ نسبت نرم ہوتا ہے جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی مفعلہ میں بھی ابتدائی عمل ترویجی تخرک ہوتا ہے لیکن اس میں کم و بیش کامل نزف کا اضافہ ہو جاتا ہے جو سرخ جیہات کے پار جست (diapedesis) کے ذریعہ سے ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی سدودی کے بعد شریانی تنفحات تخری رقبہ کے اندر دوران خون ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں یا اس وجہ سے کہ (۲) جیسا کہ کشش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں تنفحات ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں، ہوا کی موجودگی کے باعث شری دیوالیں بے سہارا ہوتی ہیں اور جب قلت تغذیہ کی وجہ سے ان کی استری جھلی کے غلیات مردہ ہو جاتے ہیں تو خون ان میں سے رس نکلتا ہے۔ امتداد زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ مفعلات سپید ہو جاتے ہیں۔ گردے، قلب اور شبکیہ کے مفعلات عموماً سپید قسم کے ہوتے ہیں۔ طحال اور دماغ کے مفعلات یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ مفعلات ابتدائی درجوں میں اکثر کیفیت متورم اور بافتوں کی سطح پر ابھری ہوئے ہوتے ہیں تاہم بالآخر اگر وہ عفونی نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عناصر میں شمی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ اتصالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سدا کسی متقیعہ علقہ سے آئے یا جیث التهاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) سے حاصل ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویہ مفعلات میں عفونی اعمال پیدا کر دیں۔ یہ مرکزیں ریجی ہو کر پھوڑے بنا دیتے ہیں جیسے کہ تیغ الدم میں کشش کے انداز یا کبھی کبھی جیث التهاب درون قلبیہ میں دماغ اور گردے میں ہوا کرتے ہیں۔ عفونی سدا دات شریانی دیوال میں سراپت پیدا کر کے بعض اوقات انفراز کے مقام پر شریان کی کمزوری اور اتساع پیدا کر دیتے اور اس طرح سدا دی انفورسما (embolic aneurysm) پیدا

کر دیتے ہیں۔ اگر کسی محیطی حصے (پاؤں، ٹانگ، یا ہاتھ) کی خاص عروق مسدود ہو جائے، اور اُسے گرد و پیش کی کوئی زندہ یافت تروییب پذیر مادے کی رسد نہ پہنچا سکے تو اس کا نتیجہ تروییبی تخثر نہیں ہوتا بلکہ گنگرین ہوتا ہے۔

علقیّت اور سداویت کی مندرجہ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً شناخت کی جاتی

ہے :-

اکلیلی علقیّت (coronary thrombosis)، جو قلب کا وقف الدّٰعی (تخثر پیدا کر دے)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اولی علقیّت ہو یا سداویت کے باعث ہو۔ مریض عموماً

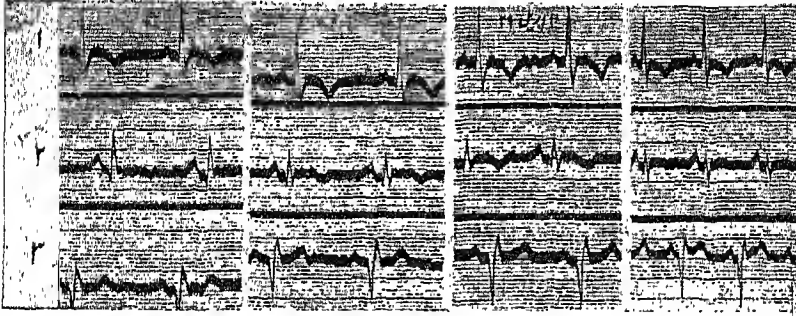


شکل ۴۲۔ برقی قلبی ترسیبی تغیرات۔ اکلیلی علقیّت کے (الف) ایک دن (ج) تین دن اور (ج) سات دن بعد جن سے پہلی تقوید میں (اور کسی قدر کمی کے ساتھ دوسری تقوید میں) ن۔ موج کا بتدریج غائب ہونا اور (الف) میں ہم برقی فاصلہ (iso-electric interval) یعنی ہر اورن موجوں کے درمیان کے معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

ادھیڑ عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک سینہ یا شرا سیف میں تہات شدید درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشعّع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اُسے بیچین کر دے۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

مختلہ پسینہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور ادبعض اوقات غیر منظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ بہر ضروری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ چین اسٹوکس کا تنفس ہو جائے۔ کیس قدر تپ اور پسینہ خلیوں کی کثرت اور اکثر متلی اور قے ہوتی ہے۔ تار موری ترک گو یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا ہے تاہم تشخیص کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک مرتبہ ن موج ہوتی ہے اور عر ن فاصلہ میں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ (لاحظہ ہو شکل ۴۲)۔ اس درد میں نہ تو آماٹل ٹائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے نہ ہمیشہ پا گرین مارفیا تک کے احتمال سے اول الذکر

315



شکل ۴۲۔ برقی قلبی ترسیبی تغیرات اسی مریض سے اکیلی علیقت کے وقوع کے دو بجار آٹھ اور بارہ منٹوں کے بعد جن سے ظاہر ہے کہ تقوید ۲ اور ۳ میں ن موج ٹرکس ہو کر طبعی حالت کے طرف عود کر رہی ہے۔ (دوسری اصابتوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقوید ۲ اور ۳ میں ہوں گے) (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا میل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہئے کہ وہ قلب پر چھتچ اثر رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں پھیپھڑوں کے آدیما کے ساتھ امتلائی فضل قلب واقع ہو جائے۔ اگرچہ یہ ایک پیشی سرگزشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلہ علامات مستمر نہیں۔ ممکن ہے کہ حملہ غشی کے ساتھ شروع ہو جائے۔ ممکن ہے درد ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہو جائے۔ عموماً دروں قلب پر انصاف یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویج خون واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہو جائے اور کسی دوسری جگہ سداویت پیدا کر دے (35)۔

مکمل ہے کہ مریض اس وقت ذبحہ صدر میں مبتلا ہوا ہے یا نہیں ہوا، اور اگر وہ شغایاب ہو جائے تو ممکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کر دے جس کی وجہ قیاساً یہ ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں ان پر زائد معمول کام کا بار پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض گھنٹوں دنوں بلکہ سالہا سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پیتھالیس سال کی عمر میں اگلیلی علقیّت ہو گئی تھی، بیس سال تک زندہ رہا (36)۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے۔ آکسیجن کا خیمہ بہت کامیاب ہے اور اس سے درد کو تسکین ہو سکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریقی تشخیص پر بحث کی جا چکی ہے۔

فخذی علقیّت (femoral thrombosis) فخذی ورید کی علقیّت
سلی ریوی کے آخری درجوں سرطان، اور دوسرے خستہ کن امراض میں تپ محرقہ اور انفلوئنزا کے بعد کی نقیبت میں اور زچگی کے بعد (پیدپائی "white leg") پیدا ہو جاتی ہے۔ ٹانگ متورم ہو جاتی ہے اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التهاب الورید کی وجہ سے عموماً کیتھڈرائسمیت بھی ہوتی ہے۔ گاہ بگاہ یہ حادثہ بھی ہوتا ہے کہ ٹھکے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں مخروط ہو جاتا ہے جس سے موت رفتہ واقع ہو جاتی ہے۔ تپوں کے بعد کی نقیبت کے دوران میں جو املاح میں وقوع علقیّت کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہئے۔ اس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریدیں ادب جاتی ہوں۔ نرم تکیوں سے سہارا حاصل کیا جاسکتا ہے۔

وداجی علقیّت اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علقیّت
اندرونی گوش یا حلیہ (mastoid) کے غلیوں کے مرض سے پیدا ہو جاتی ہے۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضو بے اکثر موجود ہوتے ہیں، شدید التهاب الورید شروع ہو جاتا ہے، اور ٹھکا عفونی ہو جاتا ہے۔ پھر ذرات قلب کے دائیں جانب کے راستہ سے ہو کر پھیپھڑوں میں پہنچ جاتے ہیں جن میں قیج الدمی خراجات بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں مثلاً شیرخواروں کے ضمور (marasmus) اور

بالغوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم دمویّت کی وجہ سے دوسرے دماغی جوہوں (طولی اور کھفکی) میں بھی علقیّت واقع ہو جاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علقیّت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (نیز ملاحظہ ہو مہاجر علقیّ وریدی التهاب)۔

تحتانی ورید اجوف کی علقیّت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہو جائے۔ ایک مریض میں جو بچپن برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے وریدیں متغیر ہو کر ایک غیر نفوذ پذیر فیتہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کبہ کے راستے سے اور قطنی اور مجرود (azygos) وریدوں کے راستہ سے ہوتی تھی۔ ہمیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی دوا لیت موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی علقیّ التهاب الوریڈ (thrombo-phlebitis)، بواسیر (haemorrhoids) اور دوالی بنا قروح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ سرایت، ضربہ اور مرض خمیث اسباب ہیں (37)۔ بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے جب کہ دوران خون میں فشل واقع ہو رہا ہو، اور اتساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے ٹھکے بن جاتے ہیں۔ یہ اس عضو کے فعل میں مداخلت کر کے سرعت سے موت واقع کر دیتے ہیں۔ یا مکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دوران خون کو سدا دات بہم پہنچا دیں۔ دماغی شریانیں کی سدا دیت اور علقیّت کا بیان امراض دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جاسر حد کی بڑی شریان کی سدا دیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی حادثہ درد پیدا کر دیتی ہے جس کے بعد ماؤف جارحہ سن، سرو اور بے طاقت ہو جاتا ہے۔ سدا دیت کے مقام سے نیچے نبض غیر محسوس ہوتی ہے اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ گنگرین ہو جائے۔ طحال اور گردوں میں سدا دیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی ابتدا کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدا دیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات البیومن بولیت بھی پیدا ہو جاتی ہے اور خمیث التهاب دروں قلب میں

316

اکثر مرکزی سداوی التهاب الکلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ماسا سیرینی (mesenteric) شریان کی سداویت کی اصابتیں واقع ہوتی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تہمد میں مبتلا ہو گیا اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں بے ہوش اور موت واقع ہو گئی۔ اور آنت اور باریطونی کہنہ کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس وریڈ کی علقت کے نتائج بھی بہت مماثل ہو سکتے ہیں، لیکن اس کے علاوہ زیادہ تدریجاً منویاب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سداویت اور علقت کے اثرات التهاب وریڈ الیاب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سداویت اور علقت اور انعام اور شمی سداویت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔ فوئالید کے ذرات کی سداویت حصص بعیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔ علاج۔ سداویت کے درو میں مقامی وافع وروادویہ لگانے سے آرام ہو سکتا ہے۔ اگر کسی جارحہ کی بڑی شریان مدد و ہو گئی ہو تو اس جارحہ کو نرم روئی کے گالے میں یا مرنن رسالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ سدا وریڈی (embolectomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جا سکتی ہے یا تھکے کو دست و رزی کے ذریعہ ایک خرد تر شریانی شاخ میں دھکیلا جا سکتا ہے۔

عرقِ عصبانی اُذیما

(ANGEIO-NEUROTIC OEDEMA)

یہ عارضہ بہ ظاہر و عاخر کی آلہ سے متعلق ہے اور شری (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے ضررات نسبتاً بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، پپوٹوں، ماتھے یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اور آرام نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ التهابی نہیں ہوتے اور ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں درد نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جلن، چھین اور خارش ہو۔ یہ دفعہ نمودار ہو کر دو سے چھ یا زائد گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ جلد کے اوپر ہوں

تو یہ بے ضرر ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات حجرہ کا اذیما ہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معالی علامات، مثلاً قویج، متلی، اور تھکے، عموماً موجود ہوتے ہیں اور معدی یا معالی غشائے مخاطی کے حادثہ کا اذیما کی طرف منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروئی ہوتا ہے اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دمہ کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergie) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138) اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اس خاص پروٹین کو جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہو گئی ہے دریافت کر کے اس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا امتیصال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹرو گلیسرین اور خلاصہ دیتی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ حجرہ کا اذیما کے لئے ادخال آئنبور یا قصبہ شکافی کی ضرورت پڑے۔

ملراٹے (Milroy) کا مرض - یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تہج ہے جو اکثر خاندانی مبداء کا ہوتا ہے اور اس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیش تکون کارباجان ہوتا ہے جس کا منبع نامعلوم ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 Y. Henderson and Johnson .. 1912 *Heart*, 4, p. 69.
- 2 H. Sahli .. 1920 *Schweiz. Med. Wochenschr.*
- 3 { H. Shali .. 1923 *Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.
- { H. Shali .. 1923 *Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhkd.*, 24, p. 73.
- 4 MacIlwain and Campbell .. 1923 *Brit. Med. Journ.* ii, p. 456.
- 5 E. P. Poulton and H. M. Stewart .. 1918 *Lancet*, ii, p. 738.
- 6 Parkinson and Bain .. 1924 *Lancet*, ii, p. 311.
- 7 Poulton and Dowling .. 1921 *Guy's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

- 8 { C. Dukes .. 1921 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 987.
Corney .. 1922 *Lancet*, ii., p. 863.
- 9 J. Parkinson and M. .. 1930 *Quart. Journ. Med.*, 24,
Campbell .. p. 67.
- 10 J. M. H. Campbell and .. 1928 Quoted in *Lancet*, ii.,
E. P. Poulton .. p. 1281.
- 11 Emanuel .. 1923 *Lancet*, i., p. 591.
- 12 Lewis, Ryffel, Wolf,
Cotton & Barcroft . 1913 *Heart*, 5, p. 45.
- 13 J. A. Calhoun and .. 1934 *Arch. Int. Med.*, 53,
W. G. Harrison .. p. 911.
- 14 Campbell Hunt and .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26,
Poulton .. p. 234.
- 15 T. Wardrop Griffith .. 1901 *Brit. Med. Journ.*,
Feb. 2.
- 16 T. Lewis .. 1929 *Heart*, 15, p. 7.
- 17 W. E. Dixon .. 1929 Communication to As-
soc. Phys., Cambridge.
- 317 18 T. Wardrop Griffith .. 1903 *Edin. Med. Journ.*,
p. 105.
- 19 Carey Coombs .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 16,
p. 309.
- 20 R. T. Grant .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 275.
- 21 Newburgh .. 1915 *Amer. Journ. Med. Sci.*,
May.
- 22 C. G. Lambie .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 80.
- 23 Sir W. Osler .. 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2,
p. 219.
- 24 Sir T. J. Horder .. 1908-9 *Quart. Journ. Med.* 2,
p. 289.
- 25 Sir Clifford Allbut .. 1923 *Lancet*, ii., p. 1422.
- 26 T. Wardrop Griffith .. 1915 *Lancet*, Jan. 9.
- 27 W. Evans & C. Hoyle.. 1933 *Lancet*, i., p. 1109.
- 28 Sir James Mackenzie
(Angina Pectoris). 1923 *London*.
- 29 Henry Head .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.
- 30 W. Verdon (Angina
Pectoris) .. 1921 *London*.
- 31 W. W. Payne and E. P. .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 17,
Poulton .. p. 53.

- 32 G. Evans .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31.
- 33 Foster Moore .. 1917 *Quart. Journ. Med.*, 10, p. 29.
- 34 W. Edgecombe .. 1911 *Practitioner*, April p. 515.
- 35 A. G. Gibson .. 1925 *Lancet*, ii., p. 1270.
- 36 J. A. Ryle .. 1928 *Lancet*, i., p. 332.
- 37 Kerr .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1112.
- 38 Bramwell and Hill .. 1922 *Lancet*, i., p. 891.
- 39 Parkes Weber .. 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.
- 40 Sampson Handley .. 1922 *Lancet*, ii., p. 173.
- 41 F. R. Fraser, C. F. Harris, R. Hilton and G. C. Linder .. 1928 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 1.
- 42 F. Bach & N. Gray Hill 1932 *Lancet*, i., p. 75.
- 43 W. St. Lawrence .. 1920 *Journ. Am. Med. Assoc.*, 75, p. 1035.
- 44 H. J. Starling .. 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73, p. 388.
- 45 W. Sheldon .. 1930 *Lancet*, ii., p. 394.
- 46 H. F. Swift, Derick & Hitchcock .. 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease*, p. 157.
- 47 M. Campbell and E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, i., p. 61.
- 48 E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, ii., p. 719.
- 49 W. H. Bradley .. 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1635.
- 50 W. R. F. Collis .. 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.
- 51 E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, i., p. 339.
- 52 J. F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.
- 53 M. Campbell and S. S. Suzman .. 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.
- 54 C. Bolton .. 1924 *Heart*, 11, p. 343.
- 55 H. A. Treadgold and H. L. Burton .. 1932 *Lancet*, i., p. 277.

- 56 M. Campbell and J. W. 1933 *Guy's Hosp. Rep.*, 83,
Shackle .. p. 168.
- 57 J. Holmes .. 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 739.
- 58 F. Saile .. 1930 *Med. Klin.*, June 20th.
- 59 J. Plesch .. 1932 *Lancet*, i., p. 385.
- 60 E. J. Wayne .. 1933 *Clin. Sci.*, 1, p. 63.
- 61 T. Lewis .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 205.
- 62 D. W. Bennett and
W. J. Kerr .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 109.
- 63 H. A. Treadgold and
H. L. Burton .. 1932 *Lancet*, i., p. 277.
- 64 S. J. Hartfull and .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82,
G. Armitage .. p. 424.
- 65 G. H. Colt .. 1927 *Quart. J. Med.*, 20, p. 331.
- 66 E. D. Telford and .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i.,
J. S. B. Stopford .. p. 173.
- 67 H. A. Treadgold .. 1933 *Lancet*, i., p. 733.
- 68 C. Hoyle .. 1933 *Lancet*, ii., p. 230.
- 69 I. Harris and G. Mc- 1930 *Quart. Journ. Med.*, 23,
Loughlin .. p. 451.
- 70 G. Spurling, F. Jelsma 1932 *Surg. Gyn. and Obstet.*,
and J. B. Rogers .. March.
- 71 R. G. Waller .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, Oct.
.. 11th.
- 72 T. Lewis .. 1931 *Heart*, 16, p. 1.
- 73 Paul D. White .. 1935 *Lancet*, ii., pp. 540, 597.

امراض اعضائے ہضم

امتحان شکم

شکم کا امتحان اُن ہی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے جو پیچڑوں اور قلب کی لگتیں کام میں لائے جاتے ہیں یعنی معائنہ جس قرع اور استماع اور بیشتر مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض مضطجعی وضع میں ہو اور اُس کے سر کے نیچے سہارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرض بیان دو اُفتی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ نو رقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط ہر جانب رباط یو پارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف ضلعی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ اُفتی خطوط ضلعی حاشیے کے زیرین ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں ضلعی کریموں سے اور حرقہ عرفوں کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خط جات جو ان خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں اوپر سے نیچے اس طرح گنائے جاتے ہیں :- وسط میں شراسیفی ستری اور خشلی - (۲) جانبین پر مرقی قطبی اور حرقہ۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرورت کا صحیح مقام دریافت کرنا ہوتا ایسے حصوں سے پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو آسانی سے شناخت ہو جائیں مثلاً ناف، قص خجری، خط وسطی، عات، مقدم فوقانی حرقہ شوق، یا گیا رمویں پبلی کی نوک۔

معائنہ۔ پہلی چیز جسے دیکھنا چاہئے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ یکساں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہو۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلائی کہفہ باریطونی میں اجتماع مایع کی وجہ سے (استسقاء مزقانی

(ascites =) 'یا آنتوں میں گیس ہونے (تپیل = meteorism, tympanites) کی وجہ سے یا جدارِ ان یا شرب میں جرجی ہونے کی وجہ سے، یا کسی سلعہ مثلاً بیضی دویہ (ovarian cyst) کی موجودگی کی وجہ سے ہے، امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکم کی کیلا اور تشاکل باز کشیدگی فاقوشی میں لاغری پیدا کرنے والے امراض میں اور ایسی موت میں دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض مثلاً مدرنی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) اور دروں ججھی سلعہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوئی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلانیاں یا آبجاء دیکھے جاسکتے ہیں جو کہ مختلف اعضا کے سلعات یا کلانیوں سے پیدا ہو جاتے ہیں مثلاً سلعات جگر، مع مدہ، تسد کی مثالوں میں متمد دماغ، در رنجہ شرب اور منضم امعاء جو مدرنی التهاب باریطون میں پیدا ہو جاتے ہیں، کلانی طحال، استقار الکلیہ (hydronephrosis) حائلہ رحم، بیضی اور دیگر دویہ اور متمد مثانہ سے شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلانیاں جب نیچے کی پسیوں کو اوپر اور باہر کے طرف ایک جانب دھکیل دیتی اور اس طرح صلعی حاشیہ اور خط وسطی کے درمیان کے زاویہ کو بڑا کر دیتی ہیں تو صدر کا عدم تشاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسا بالخصوص جگر کے کیسیبہ (hydatid) سرطان اور بھوڑے کی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے تعلق میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا بھی اہم ہے۔ زیادہ تمدد سے ڈائفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے، اور باریطون کے حاد التهاب سے نزول رک جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً بالکل صدی ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈائفرام سے بدوں واسطہ تماس ہیں یعنی جگر، طحال، مدہ اور گروے ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے، لیکن وہ اعضا یا سلعات جو نسبتاً نیچے واقع ہوں یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملحق ہوں، اُس عضلہ کے نزول سے نسبتاً بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اور طلی کا یا دائیں بطن کا یا مثلاً بازروی میں بڑھے ہوئے جگر کا یا نہایت ہی شاذ طور پر انورسٹا کا نبضان اور مع مدہ یا امعاء کے حرکات دویہ نظر آسکتے ہیں۔ حرکات دویہ کا نظر آسکنا شکم کی جدار ان کے پیلین اور دوی حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

جس حالت شکم کے امتحان کے اس طریق کے لئے شکم کی دیوار میں جس قدر

مکن ہو ڈھیلی ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو مضطجعی یا نیم مضطجعی وضع میں ہونا چاہئے اور اُس کا سر کسی ہمارے سے ٹکا ہوا ہو، کیونکہ اگر مریض اپنا سر اوپر اٹھائے، مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کہ کیا ہو رہا ہے، تو شکمی عضلات متعین ہوتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے استرخاء میں امداد حاصل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اٹھا دیا جاتا ہے، لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا ہمارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلات شکم موانع طور پر تنے ہوئے ہوں، تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے، اور اس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور اُسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے، اور اسکے بعد مکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اُس کا شکم امتحان کے لئے ڈھیلا پڑ جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کا جس اُس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم مغل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو تو کسی معدوم حس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان نہایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں، اور وہ سطح پر چپے رکھ دئے جائیں، اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سرے و فٹے شکم کے اندر نہ گرا دے جائیں، کیونکہ ایسا کرنے سے عضلات منعقب ہو جاتے ہیں اور قابل اعتبار نتائج کا حاصل ہونا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں اشتہا کی کلانیاں یا نوبالیدیں بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں شناخت ہو سکتی ہیں، حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت مشابہہ کو ود دستی طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے، اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بارھویں سبیل کے نیچے، اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کے طرف دبا یا جائے جو کہ بے حرکت ہے تو خفیف ترین گلابانی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جاسکتی ہے۔ مخصوص اصابتوں میں مریض کو رگبی مرتقی وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

طبعی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ ٹھوس اعضاء یعنی جگر، طحال، اور گردے عظمیٰ صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بائیں

نختہ جو عرصاً شریف میں واقع ہے، چھوٹے حجم کا، پتلا، اور نرم ہوتا ہے۔ کھوکھلے اثبات سے آسانی دے جاتے ہیں، اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی، سوائے اس کے کہ دسبلہ اشخاص میں اور طلی یا حرقفی عروق کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔

جن کے ذریعہ سے ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جہامت کے تغیرات کو اور سلطات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے، اور امور ذیل کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:۔
دیوار شکم کی تنیدگی یا ارتخاء کی حالت، جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی الیمیت کی موجودگی۔ اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے، یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دایا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں، یعنی طبعی عروق کا، یا ایک انورسما کا یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنتوں کی حرکت دودیدہ۔ آنتوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک متعہ معدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قدر نفثہ دباؤ ڈالا جائے نسبتاً کثیف تر حرکات یا پانی اور ہوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملتہب سلطات کی رگرڈ۔

جن میں آن دو طریقوں کو بھی مشال کرنا چاہئے جن کے ذریعہ انتقائے شکمی یعنی کہف باریطونی میں ایلج کی موجودگی شناخت کی جاسکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: تقوُّج اور تخفیر و ضعیفیت (ملاحظہ ہوا انتقائے شکمی)۔

قرع - قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ کہنفہ شکم اوپر کے طرف غلطی صدر کے زیرین حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔ شکم حالت صحت میں ان مشترکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر لگی ہوتا ہے کہ جتنا آنتوں اور معدے سے متناظر ہوتا ہے، یعنی اُن تمام حصوں پر جو پلیوں سے نیچے واقع ہیں، اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی ضلعی کڑیوں اور پلیوں کے زیرین سروں پر۔ شکم اُن حصوں پر اضم ہو جاتا ہے جو جگر اور طحال سے متناظر ہوتے ہیں، یعنی جگر کے لئے دائیں جانب سامنے چھٹی پلی کے بالائی کنارے سے یا پہلو میں آٹھویں پلی سے نیچے کی پلیوں پر، اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے غلی خط سے ذرا نیچے کو نویں، دسویں اور گیارہویں پلیوں پر۔ گنگ اور اصمیت کے اضافی رقبے کھوکھلے احشار کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں، اور جگر اور طحال کے اصم رقبے دوران تہیق میں نیچے کے طرف اور دوران زہیر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں معدے اور معاد کے مختلف حصوں کی قرعی آواز کی نوعیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں، یا عموماً رسولیوں اور دویروں کی موجودگی سے اہمیت کے نئے رقبے پیدا ہو جائیں گے اور بالعموم اہمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرنے پر عموماً ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حوالہ مختلف احشاء کے امراض کے تحت ہمیشہ دیا جائے گا، لہذا یہاں ان کی تفصیل لازمی نہیں۔ قرع سے ہمیں استماع شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ہاتھ آتا ہے۔

استماع۔ التهاب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر فرک کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی انورسماؤں کے ساتھ خیر موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر اعور کے خطے پر استماع کیا جائے تو لفظ نفی احوری مصرع کی راہ سے معافی مافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حوالہ التهاب کی حالت میں یہ حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد التهاب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ مری، معدے اور متحال غذائی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا نمک ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شفاف ہوتا ہے، مثلاً بیریم سلفیٹ (barium sulphate) یا بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائیڈ (oxychloride)۔ تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ تو لون کے امتحان کے لئے ایک غیر شفاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا ہو تو ملیتات دسے کر غذائی قتال کو ختمی الامکان نالی کیا جاتا ہے اور شکم کے صفحے لئے جاتے ہیں۔ موافق حالات میں اس طریقہ سے صفراوی حصّۃ کی موجودگی دریافت کی جاسکتی ہے۔ مرارہ کو ظاہر کرنیکا گرامم کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (celioscopy)۔ اس طریقہ میں فووکین کے ذریعہ عدم حمیت پیدا کر کے دیور شکم میں ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ کہنہ باریطونی کے اندر ہوا داخل کیجاتی ہے اور اس کے مافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعہ سے دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصاً تشخیصی اغراض کے لئے اُس وقت جب کہ ایک استقصائی شکم شکافی ناجائز ہو استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

شکم حاد

(acute abdomen)

بہت سی حادثہ شکمی حالتوں میں جراحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیش نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے متمیز نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے، تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے امتحان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور ان حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اُس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سابقہ سرگزشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی حلے پلے ہو چکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات ہو چکے ہیں مثلاً سورہ منہم کی سرگزشت ہو کہ ایک مشقوب معدی قرعہ (peptic ulcer) یا حاد التهاب زائدہ کا پیشرو ہوتا ہے۔ حیض کی سرگزشت اور یرقان، تھے الدم دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، نیز یہ کہ وزن میں کوئی تاڑہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگزشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طور پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ درد کا مقام اور اُس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ تھے کا کوئی تلاء زم ہے؟ تھے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنتوں کی حالت کیسی ہے؟ امتحان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہئے تاکہ اُس سے دروں صدری ضررات، مثلاً پلوری ذات الریہ، التهاب تاء مور، اور حاد امتلائی فضل قلب معہ اکللیلی طلیقت کے، ہزال شجاع کے معدی سخرانات اور گردوں اور بولی خطہ کے ضررات، یعنی التهاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis)، التهاب گردہ کلی (peri-nephritis)، حاد التهاب مغز استخوان (osteomyelitis) اور شوکہ کے مرنی پاٹ (pott)، اور سچی حالتوں، یعنی یوریا دمویٹہ (uræmia)، ذیابیطی، قوما اور دوری تھے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ تو لہج نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں، یعنی معائی تولنج، رصاصی تولنج (lead colic) صفراوی تولنج (biliary colic) اور تولنج کلوی (renal colic) جس کے ساتھ آکزیلیٹ بولیت (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکمی حالتیں پائی جاتی ہیں، یعنی التهاب زائدہ، مثقوب معدی قرعہ اور کبھی کبھی مثقوب معائی قرعہ۔ حاد معائی تسد و خواہ اس کے ساتھ تخنیق ہو یا نہ ہو، حاد التهاب مرارہ (acute cholecystitis) 'التهاب عطفہ (diverticulitis)، 'نزفی التهاب لیلہ، بقی ریوی اور شنائوی التهاب باریطون حمل بے محل (ectopic gestation)، 'التهاب انبوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض المنائی حالتیں۔ ماساریقی غلیظیت اور سدادیت، ہینوک کا پیرمور (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکمی نزفات اور تقطیعی اور طلی النورسما (dissecting aortic aneurysm)۔

دوسری مکن حالتیں یہ ہیں: - شکمی انفلو منزا، تدرن، بالخصوس لفائفی اعوری عدد کا، حیات مہویہ غذائی تسم، تقیعی التهاب ورید الباب (pylephlebitis)، اور مدارینی ماکاب میں امیبائی زحیر، التهاب جگر اور مایریا۔

التهاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التهاب یا التهاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام نازلیتی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، مسوڑھوں، اور لبوں کو مائل کر دیتی ہے، اور نسبتاً زیادہ محدود و المقام شکلوں میں اس کا وقوع قلعی (aphthous) تقری (ulcerative) یا گنگرینی التهابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً یقینی طور پر خرد عضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خرد عضویوں کے عمل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ تندرست اشخاص کے دہنوں میں بھی بے شمار خرد عضویہ پائے جاتے ہیں، جن میں نبقات غنہ، نبقات سجیہ، ٹارولی (torulæ) اور بعض اوقات نبقات ریلوبہ اور خاق وائی کے عیثے شامل ہیں۔

بعض جلدی امراض کے ضررات خدی خشار غلطی کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں، مثلاً منسلہ (herpes)، دارا القناع (pemphigus) اور ششری (urticaria) کے۔ غملی التهاب الفم (herpetic stomatitis) ایک حالت ہے جس میں بے شمار چھوٹے چھوٹے قروح تمام سوڑھوں پر اور گالوں کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یہ قروح اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ غذا اسیال یا آدھ مٹھوس ہونی چاہئے، کیونکہ تخضغ ناممکن ہو جاتا ہے۔ غلط یہ امر کہ ٹکسیرین بورکس (glyc. boracis) کا یا بار بار لاساق کیا جائے۔

اس التهاب الفم کو جو صرف سوڑھوں تک محدود ہوا التهاب لثہ (gingivitis) کہتے ہیں۔ التهاب لثہ کی مختلف قسمیں دارا الحفر (استقرٹ) (scurvy) اور حاد سفید خونی عدم دمویت (acute leukaemia) میں اور امراض دندان کے مقامی نتائج کے طور پر جو فیزیکی سرجمی سیلان (pyorrhoea alveolaris) کی شکل میں دیکھی جاتی ہیں۔ سستی بوسیدگی کی تحریر کے لئے ملاحظہ ہو جیاتین د۔

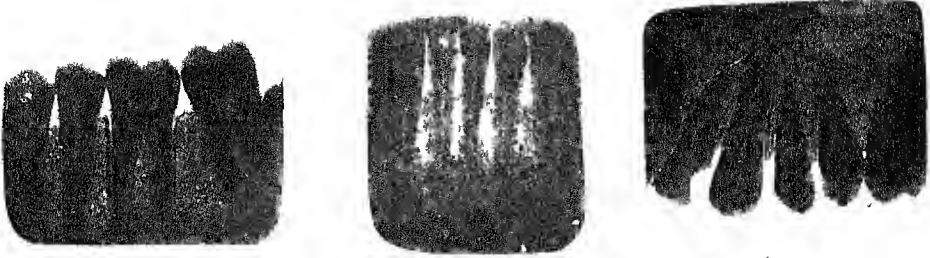
عفونت دہن (oral sepsis)۔ دانتوں کی تندرست حالت کی اہمیت پر نہ صرف التهاب الفم بلکہ عام خرابی صحت کی حالتوں میں بھی خاص زور دینا ضروری ہے۔ حاد جو فیزیکی چھوٹے کے علاوہ تین حالتیں ایسی ہیں جو طبی نقطہ نظر سے اہم ہیں: (۱) سن سراسی امریکی سلسلہ جسے بسا اوقات غلطی سے سن راسی پھوڑا کہا جاتا ہے جو فزیکل ٹنڈوں، مردہ دانتوں کی جڑوں اور ایسے دانتوں کی جڑوں کے گرد بنتا ہے جو حیویت ریوہ ہو گئے ہیں۔ یہ ہمیشہ خفبات کیمج سے سرایت زدہ ہوتے ہیں، جو بالعموم غیر فون پاش قسم کے ہوتے ہیں۔ چونکہ امریکی سلسلہ کی دیوار مونی ہوتی ہے اور دوران تخریج میں وہ دانت کے ہمراہ نکل آتا ہے، لہذا جسم کے اندر اس کے انتشار کا اتنا خطرہ نہیں ہے کہ خفنا لطیف التهاب الفم میں ہوتا ہے، جو کہ بعد میں بیان کیا جائے گا (۲)۔ ممکن ہے کہ عام خرابی صحت کے علامات اور نکان اور عدم دمویت موجود ہوں۔ یہ بھی اٹکلب ہے کہ بہت معمولی المبداء امراض کا سبب آئندہ زمانہ میں یہی سمجھا جائے۔ بالخصوص ذکیہ صدریہ رشیت آسا التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis)، متوالی معدی اور شناعشری قروح، التهابات چشم (یعنی التهاب قزحیہ (iritis)، التهاب قزحیہ (keratitis)، التهاب شبکیہ

(choroiditis) اس راسی اریکی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اُس وقت بھی جب کہ دانت تندرست نظر آتا ہو اور اُسے تھپ تھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی الیمیت محسوس ہوتی ہو ایک اریکی سلعہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانہ شعلے نگارشیں لی جائیں، جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریکی سلعہ کی شناخت آسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بجائے خود جذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضاؤں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہئے، مثلاً بالائی جڑے میں، حنکی حفرہ جو کہ مرکزی شنایا کے راسوں کے درمیان ہے، اور اس سے اوپر انفی حفرات، فکی معارہ جو کہ طواجن اور ضواک کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جڑے میں، تحتانی سنی قتال کا خط جو کہ طواجن کے راسوں کے نیچے ہے، اور ذقنی سوراخ جو کہ ضواک کے نیچے ہے۔

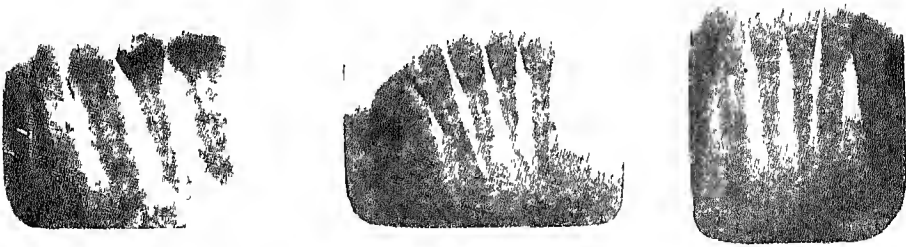
(۲) جو فیزی، سریمی سیلان، جس میں مزمن التهاب ہوتا ہے اور اس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گردستی غشائی کی دباؤ کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے عین گرد گرد کا شفاف رقبہ) اور ممکن ہے موڑے کے حاشیہ تک محدود و المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ ورقہ جافہ (lamina)

322

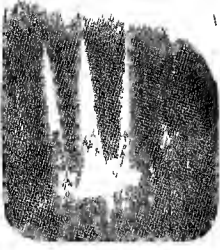
(dura) جو کہ گردستی غشائی کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے، معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جھیں بن جاتی ہیں۔ جب کافرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کا فتح تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی لمبے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶)۔ میلیت میں جقد رر کاوٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا خراج آزادانہ ہوتا ہے تو خرد عضویہ نگلے جاسکتے ہیں اور پھر وہ مختلف غذائی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نگلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گودریش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جو فیزی ری می سیلان اولاد دہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویہ، نبقات سجھیہ وغیرہ بھی ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اور یہ اُن مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جو فیزی ری می سیلان سے منافی طور پر پیدا



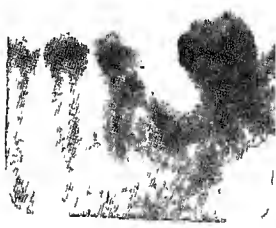
شکل ۱-۲-۳۔ دانتوں کی شعاع نکاشتیں جن میں جو فیزو طبیعی ہے۔ شینتی خط میں دانتوں کے درمیان باریک نوک والے شوکے (گٹھک: Gothic شوکے) اور طاقی اور صاف کی خط میں چینی عظمیٰ دوسری دیکھنی چاہئیں۔ شکل ۱ میں طبعی مغارہ ایک نسبت صاف فضا کے طور پر نظر آ رہا ہے اور اس کا مائتہ خوب واضح ہے۔



شکل ۴-۵-۶۔ جڑے کی شعاع نکاشتیں جن میں عاجل جو فیزی بھی سبیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر جو فیزو تلف ہو گیا ہے۔ مارز کا اکثر حصہ دور کر دیا گیا ہے۔ (ایچ۔ ایم ورثہ کی لی ہوتی فلموں سے)۔



شکل ۸۔ ۸۔ ۹۔ شعاع نکاشتیں جو ترقی یافتہ برمی جو فیئری سیلان ظاہر کرتی ہیں۔ جڑوں کے گرد جو فیئریہ تقریباً بالکل تلف ہو گیا ہے۔



شکل ۱۰۔ ۱۱۔ ۱۲۔ شعاع نکاشتیں جو دانتوں کی جڑوں کے گرد بچھوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جڑیں بروز کرتی نظر آتی ہیں۔ شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لہی کہف میں لڑگئی ہے۔ بوجہ انجذاب خراجی کہف میں جڑ کی نوک کا کند پڑ جانا بھی ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اس شکل میں بڑی اور صاف فصائل بھی منارہ ہے (ایچ۔ ایم۔ ورنٹھ کی لی ہوئی فلموں سے)

ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے مطلق التهاب العظم مع زندہ دانتوں کے راس کے انخواب کے موجود ہو۔ یا صلابت آفریں التهاب العظم موجود ہو۔ آخر الذکر دانت کے راس پر (جو کہ بصلی بنا جاتا ہے) جو فیزہ کی ہڈی کو معمول سے زیادہ کثیف بنا دیتا ہے (3) مطلق التهاب العظم، یعنی سچی سرایت کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے، جو کہ زیادہ تر خون ناپاش قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا انتشا جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن راسی کی سلعہ میں ہوتا ہے۔ (2)۔

عقوت دہن کی تخرین یعنی روک تھام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف اور ٹارٹار سے پاک رکھا جائے۔ اس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہئے کہ برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے سوڑھا عاذتاً زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا میں کافی حیاتینیں ہونی چاہئیں۔ سن راسی اس کی سلعہ کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا جائے، اور زیادہ بڑھے ہوئے جو فیزی رچی سیلان کے لئے بھی یہی بیان درست ہے، کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے دو جگہ موقوفوں پر دانت کو کھرنج (scale) کر اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس سے عفونی جذب کے رکنے کا رجحان ہوگا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب دانتوں ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہترین ہے (4)۔ تخفیفی علاج یعنی جیبوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھامال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید معمول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک خاص طور پر قوی دافع عفوت دوا ہے۔ تھامال پانی کے اندر بہت ہی خفیف حل پذیر ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین قلیں ڈال کر اسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی تپش بلند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہو جا پنے اور منہ میں ایک جلن کا احساس پیدا کر دیتا ہے، لہذا اسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا چاہئے۔

نازلتی التهاب الفم

(catarrhal stomatitis)

اسباب۔ نازلتی التهاب الفم اولاً تو کیمیائی یا میکانی خراش سے پیدا

ہو سکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلوبیات کے تناس کثرت شراب نوشی یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ
دانوں کی موجودگی سے۔ دویم وہ ایسے التهاب سے پیدا ہو سکتا ہے جو ہم پہلو حصوں سے
پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا آنفی بلعوم سے۔ سویم بعض سموم کے عمل سے، یعنی پائے، جست،
اور سنگسار سے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری حالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ کھسار،
چپک، آتشک، واد الحرقہ سفید خونی عدم دمویت وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:۔ سوڑھوں لبوں اور گالوں کی اغشیہ مخاطیہ کا ورم اور
زائد سرخی زبان کا ورم، کثرت رقی اور خدی مخاطیہ کے افزائ کا بڑھ جانا، جو سطح پر ایک عمامہ
کی طرح چپک جاتا ہے، اور ہم پہلو لمفائی غدود کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے،
اور ممکن ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری قلع
واقع ہو جاتا ہے۔

علاج۔ حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں، اور دافع
عفونت غسولات کام میں لائے جائیں، جیسے کہ بورک ایسڈ (۲ تا ۵ فی صدی) پوٹاشیم
کلورائیڈ (۳ فی صدی)۔ اور ما بعد درجوں میں نسبتاً بہت زیادہ قابض محلولات، جیسے
کہ پھشکری (alum) (۵ گرین فی اونس) یا گلیسرین آف ٹینین (glycerine of tannin)

قلاعی التهاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہوا کرتا ہے، بالخصوص پہلے آغاز کے زمانہ کے قرب میں، اور بالغوں
میں کمتر ہوتا ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ سوڑھوں اور زبان پر، اور لبوں اور گالوں کی
اندرونی سطح پر کول رمادی چکٹیاں یا قلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۳ تا ۵ ملی میٹر
اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگرچہ لبوں کی طرح نظر آتے ہیں
لیکن درحقیقت سرخ رنگ کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔
کچھ عرصہ کے بعد سمر حلقہ جھٹ کر گر جاتا ہے، رمادی رنگ کے قروح رہ جاتے ہیں
جن کے حاشیے تنگ اور مسخ ہوتے ہیں۔ مبتلا شدہ بچے بے چین ہوتے ہیں اور

انھیں کی قدر تپ ہوتی ہے، ریت کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دودھ پینے میں یا چبانے میں درد ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہو جائیں۔ بالغوں میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج - دافع عفونت غسولات اور گلیسرینم بوراکیس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالغوں میں نائٹریٹ آف سِلور (nitrate of silver) کے لگانے سے دردنی الفور کم ہو جاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہو جاتی ہے۔

گنگرینی التهاب الفم (gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلندہ الفم (canerum oris or noma) بھی کہتے ہیں کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب بخجی حالات میں ہوں، یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے صحتیاب ہو رہے ہوں، مگر میں مکھڑا اور تپ محرقہ عام تزیین ہوتے ہیں۔ یہ جراثیمی سہرا بیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر قصلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہو جاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دبازت سخت ہو کر مرکز میں سیاہ اور آس پاس سرخ ہو جاتی ہے، یہ الفاظ دیگر ایک غشیہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو گال میں سوراج ہو جائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو مسوڑھا ماؤف ہو کر دانت گر پڑیں گے۔ درو یا تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہو کر مر جاتا ہے۔

علاج - بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائٹریک ایسڈ سے تلف کر دیا جائے، یا چاقو سے اس کا استیصال کر دیا جائے۔ علاوہ ازیں بچہ کو غذا اور ہیشجانت سے بہرہ رار دینا چاہئے۔

قلاع (thrush)

قلاع کمزور اور ناقص تغذیہ رکھنے والے شیرخواروں میں، اور بالخصوص ان میں

جنھیں ہاتھ سے غذا دی جاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں، اور بالعموم میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سل ریوی (phthisis) 'سرطان' اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، سوڑھوں، نالو اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید چمکتیاں ہو جاتی ہیں جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر یا مجتمع، سطح سے قدیمے اوپر اٹھی ہوئی، اور ایک بار ایک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی چمکتی کو چھیل کر نکال دیا جائے تو اس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پائی جاتی ہے، بلکہ اس جگہ کیقد ر خون بہتا ہے، اور نموڑے غصے کے بعد چمکتی بھر بن جاتی ہے۔ وہ سرطانی جھلکوں جی گلو بچوں اور ایک فطر یعنی بویضی فطر ابیض (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelium) پر مشتمل ہوتی ہے کیٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مداری بنی ہلاک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہو سکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سرعہ کی درمیانی تہوں میں نمودار ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گھری تہوں کے طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اس التهاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالیدگی ہے۔ لیکن وگیل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ دہن کے افرازات جو سپید چمکتیوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشٹی ہوتے ہیں فطر کے جڑوں میں مدد ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، ان میں اکثر اوقات مبرز کے گرد انسجبات ہوتے ہیں، جس کی بنا پر عوام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچہ کے اندر سے گذرتا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے، لیکن گوشید اصابتوں میں قلاع بلعوم اور مری تک پھیل جاسکتا ہے، تاہم وہ استوائی سرعہ سے ٹھکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرز کی طبع یا تو احمراہ تسمیعی (erythema intertrigo) یا پیدائشی ناریہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کیقد مقامی تکلیف اور ننگلتے یا دودھ پینے میں درو پیدا ہو جاتا ہے، لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی ماسبق حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج۔ مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہئے۔ شیر خواروں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منہ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تازہ ٹکڑے سے پونچھ کر صاف کر دینا چاہئے، اور چمکتیوں کو بوریکس (borax) کے محلول (اگر مین ایک اونس میں) سے چھو دینا چاہئے، یا قدرے کلیمین آف بوریکس

(glycerine of borax) منہ کے اندر باقی رہنے دینا چاہئے۔

324

مری کا تسدو

(OBSTRUCTION OF THE OESOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اس حصے کی اہم ترین امراضیاتی حالت ہے۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔
اجسام غریبہ کا چھپس جانا جیسے کہ مصنوعی دانتوں کا۔ اسٹلی بالیڈوں (mediastinal
growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدری الورسماؤں کا باہر سے دباؤ ڈالنا۔ خود نالی کی
دیواروں میں سرطانی یا دوسرے سلعات کی بالیدگی۔ اکمال سموم سے متضرر ہو جانے کے بعد
اس میں جو فروج پیدا ہو جائیں ان کے انقباض سے ضیق پیدا ہو جانا۔ عضلی دیواروں کا فعلی
شیخ فزاد کا عدم ارتخا۔ یعنی شیخ الفواد (cardio-spasm) عطفے۔ آخری چار حالتوں پر ملحوظ
علمحدہ غور کیا جائے گا۔

مری کا سرطانی سلعہ

(carcinoma of the oesophagus)

یہ عموماً بڑی عمر میں ہو کر تپا ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ یہ
بالید مری کے بالائی ٹکٹ کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیان اور زیرین ٹکٹ میں
واقع ہوتی ہے، لیکن قصبۃ الریہ کی دو شاخ کی کے مقابل اور مری کی فوادی انتہا پر وہ بالخصوص
کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ مری کا سرطان ہمیشہ اولی ہوتا ہے۔ رفتہ رفتہ وہ اندرون مری میں
ناہموار منتشر سطح پیدا کر دیتا ہے۔ رسولی مری کو جزئی یا کلی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتقبہا
انامہ انچہ تک پھیلتی ہے۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہ یا پھیپھڑے کی جڑ کو آؤف کر دیتی
یا باز گرد حنجری اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے۔ واسطی لمفی غدو بڑے ہو جاتے ہیں اور عام طور پر
عنقی غدو بھی ابتدا ہی سے بڑے ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی اور نمایاں علامت عمر الیلع ہے۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں
دقت محسوس کرتا ہے جب کہ وہ سیالات بہ آرام آتا رہتا ہے۔ یہ وقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے، اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائع لے جاسکتے ہیں، اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے زیادہ مائع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مریض کو اچھولک جائے۔ درود عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند ہفتوں کے بعد مریض دُبلّا ہونا شروع ہوتا ہے اور اس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہو کر غلطی ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مری کا قطر یہ بھر بڑا ہو جاتا ہے، اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو محض خستگی سے ناپید کیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پر بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ غذا کے ریزے سانس میں اندر چلے جاتے ہیں اور عفونی شئی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتا ہے۔ دوسرے مریضوں میں نوبالید کا حملہ براہ راست شش پر ہوتا ہے اور گنگرین یا شئی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات الجنب یا قلعج الصدر بھی موجود ہو، مریض کو موت کے گھاٹ اتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالید بالائی سر پر ہو باز گرد خجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے مزار کے عضلات مہذبہ مشلول ہو جاتے ہیں، جس سے ممکن ہے کہ اشتقاق پیدا ہو جائے۔ مثلاً اصابتوں میں ایسا بھی ہوا ہے کہ رسولی سنہ اور طی کو کھاکر ہلاکت نیز نرفت پیدا کر دیا۔ بالآخر، سرطان کے جماؤ دوسرے اعضا میں، بھی پیدا ہو جاتے ہیں، بالخصوص جگر اور پیچیدڑوں میں۔ کبھی کبھی یہی موت کا سبب ہوتے ہیں، دراصل ایک مری کے اندر کی بالید اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ نگلنے میں کوئی وقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عموماً لے شخص میں بتدریج بڑھتا ہوا عسر البلع، اصابتوں کی غالب تعداد میں مری کے سرطان کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مری کے اندر تسک کے مقام سے اوپر ہی اوپر اتنے عرصہ تک پھری رہے کہ اس کی بازردی کو مریض یا کوئی غیر مختاط متعین غلطی سے غتبے سمجھ لے، اور اس طرح ایک معدی ضرر کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر وہ ٹھیک لیول بنا سکتا ہے جہاں تشدد واقع ہوتا ہے۔



قصبتہ الزیہ کی دو شاخگی کے مقام پر مچکی ایک سرطانی تفسیق کی شعاع نکاشت جو کہ ترچھی وضع میں لی گئی ہے۔ بیریم سلفیٹ کے استحلاب جو کہ مریض نے نگل لیا ہے، مری کا بالائی سر ابھرا ہوا نظر آتا ہے۔ بیریم کی باریک سی دھاری متسع حصہ کے پینڈے سے مری میں نیچے گرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالید کے سبب سے دروند کی بے قاعدگی اچھی طرح دکھائی گئی ہے۔ بیریم کے سامنے کا سایہ اوچی کی محراب ہے۔ (مرٹنڈیل پولنڈ سے لاک کے لئے ہونے صفحہ سے)

بسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسدو کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جاسکتی ہے اور اس وقت تسدو کا ٹھیک مقام اور اسکی وسعت بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ ان شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہو جائے گا کہ ضرر مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷)۔ جب تسدو مری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سلعہ، ندبی یا شیخی ضیق، عطفات اور قواد کے عدم ارتخاء کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے۔ مری بہن کے ذریعہ راست معائنہ کرنا چاہئے۔ عدم ارتخاء کی حالت میں مری بہت تنگ ہوتی ہے، لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہونا کیونکہ آخر الذکر حالت میں تسدو زیادہ حاد طور پر واقع ہوتا ہے۔ ایک بند پولی ٹی جس کے اندر اسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو مری کے اندر داخل کی جاسکتی ہے (Hurst)۔ رسولی کی حالت میں یہ نہیں گزریگی لیکن عدم ارتخاء کی حالت میں عموماً گزر جائے گی۔ بڑے اور سخت عتقی غدد کی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے۔

انذار۔ یہ یکساں طور پر خراب ہوتا ہے۔ اگر تسدو دور بھی کر دیا جائے تو بھی حیات رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے۔

علاج۔ اگر ایک چھوٹی جہانت والی شمعہ گزاری جاسکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جاسکتا ہے۔ لیکن غذا کے لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوبہ اس طریقہ میں جو کہ کریش ایبر (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترمیم کر لی جائے۔ ایک انبوبہ تضیق کے آ پار گزار کر اسے کئی دن تک یا مستقلاً علی الجالہ رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو اسکی وساطت سے سیال غذا دی جاتی ہے۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو تفویہ معجلہ (gastrostomy) کے عملیہ کے ذریعہ معدے کو کھول سکتے ہیں۔ بعض اوقات مری کی بالید پر ریڈیم کے مقامی استعمال سے عتقی میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے عتقی لاشعاعوں کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

ندبی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عمر البلع ہے۔ لیکن یہ سرطان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا، اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انہویہ کا اتساع ہوتا ہے، کوئی دوسرا ثانوی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا تضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔
تشخیص - مری بینی کے ذریعہ متعین کی جاتی ہے۔

علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ جس یا پائے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جاسکے۔ اسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہئے، اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گزارنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ ممکن ہے کہ مایع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے۔ ناموافق اصابتوں میں تقویٰ معدہ کا عملیہ مناسب ہوتا ہے۔

شنجی تضیق

(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے، اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ نکلنے میں وقت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی حلق اور سینہ میں ضیق کا ایک دردناک احساس (سوزش سینہ) ہوتا ہے۔ یہ شنج لاشعاعوں سے پہچانا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۳)۔ ممکن ہے کہ وہ سوء المزمنی علامات کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 333) اور اس طرح سے بلع البروا کے ہمسراہ پایا جائے۔ دروغاً بامری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشعاعی ترسیم سے ظاہر ہے، شنج مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علامہ پلومر وینسن (Plummer-Vinson syndrome) - یہ ایک فعلی



الف۔ مریوی عطفہ بیرجم کھانے کے بعد۔ (شعاع نگاشت لنڈے لاک نے لی ہے)



ب۔ سوزش سینہ میں تزچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشت۔ مری ہوا سے متھو دھے اور بالائی اور زبرین دونوں سروں پر شخ موجود ہے۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو پیمن: W. W. Payne اور ای۔ پی۔ پون: E. P. P.)

عسر البلع ہے جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ثانوی عدم دمویت اور بعض اوقات تفسخ الطحال کی شکایت ہوتی ہے۔ ناخن اکثر اوقات چبھ رہا ہوتا ہے۔ یہ تقریباً خالصتہً عورتوں میں ہوتا ہے اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلا چکے ہوتے ہیں۔ زبان صاف اور سرخ اور بلعوجی دیوار مچلی ہوتی ہے۔ یہ حالت پہلے ہل پلیرسن (Paterson) اور برون کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (5)۔ تشدد بلعوجی اور مری کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ نکلنے سے متعلق بلعوجی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو یا حلقی بلعوجی عضلہ کے مرتخی نہ ہو سکنے کی وجہ سے ہو۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمعوات گزار کر عسر البلع کو شفا دینا ہے (6)۔

فواد کا عدم ارتخاء

(achalasia of the cardia)

(cardio-spasm = فواد دمری) (oesophagectasia = شنج الفواد)

(idiopathic dilatation of the oesophagus = مری کا خود مڑا تساع)

دیوار مری کا زیرین ۲ یا ۲ اینچ جو اکثر امتحانات بعد المات میں مری حالت میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے، فواد کی عضلہ عاصرہ ہے۔ زندگی کے دوران میں فواد اپنے طولی اور مدور ہر دو قسم کے عضلی ریشوں کے انقباض سے بند ہوتا ہے۔ ہر دو دی حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر پچھلے مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر قدرے متغدد ہو جاتا ہے (7)۔ نکلنے کے بعد حرکت دو دی مری کے بالائی سرے سے کینفدر آہستہ آگے بڑھتی ہے اگرچہ سبب اس کا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلہ عاصرہ ڈھیلا ہو، اس کا بیشتر حصہ چند تانیوں تک اس کے اوپر کار رہتا ہے۔

امراضیات - فواد کے عدم ارتخا (15' 16) یا شنج الفواد کی حالت میں فواد بند رہتا ہے۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اصابتوں میں اور مختلف اوقات پر مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ جس ڈالنے میں وہ مطلق مزاحم نہ ہو یا ممکن ہے اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (8)۔ یہ پایا گیا ہے کہ آواز باخ کا

ضغیرہ جو طولی اور مدّ عضلوں کے درمیان واقع ہے، ملہتب ہو جاتا ہے، اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (۹)۔ ابتدائی درجوں میں مری کے شلول حصے سے اوپر عضلی طبقہ بیش پروردہ ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا کا میابی کے ساتھ فواد کے آرمار گذر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتساع مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التهاب موجود ہو۔

ضغیرہ اور باخ غالباً عصب تائیہ کے لئے ایک بدل چوکی ہے، اور بار در کھنچا جائے کہ خرگوش میں عصب تائیہ کی تہیج کرنے سے فواد مرتخی ہو جاتا ہے۔ لہذا عدم ارتشخاکے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ مری کے زیریں سرے کا شلل تائیہ ہے جس سے عضلہ عاصرو حرکت دہوری کی موجوں کے آگے بند رہتا ہے۔ چونکہ عصب مشاک کی کہہ رہی ہے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں، غالباً صحیح و سالم رہ جاتے۔ اور غالباً عضلہ عاصرو کا انقباض پیدا کرتے ہیں، لہذا یہ نتیجہ خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فواد کی شنج دیکھا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتشخاک تشک کے سبب سے ہو سکتا ہے، اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں تیا س ہوتا ہے کہ تنج یا یا ل اُذین عصب تائیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرص اور سرطانی سلعہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اس کا کوئی ظاہر سبب نہیں پایا جاتا۔

علامات - بعض اوقات اس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت ہوا کرتی ہے کہ نگلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شراسیف کے مقام پر حقیقی درد ہوتا ہے، غذا با زور ہو جاتی ہے، یا ان کے بیان کے مطابق تہ ہوتی ہے۔ یہ حالت اکثر بتدریج پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ابتداءً شنجی ہو، اور وقتاً فوقتاً عود کرتی ہو۔ بسمتھ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشعاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مری تنج ہو کر ایک متکلمہ نما جسم بن گئی ہے، جس کا زیریں سرانوبہ زیادہ چوڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ اتساع مری بین سے بھی نظر آجائے۔ مہلک اصابتوں میں مری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط ۱۶ تا ۱۷ سینٹی میٹر (۴ تا ۶ انچ) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔



ترپچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شناع محاشیتیں جن میں مری کے اتساعات اور فواد کا عدم ارتخا بتایا گیا ہے۔ پسند کے
 تنگ حصہ فواد کے مدخل کے مقام پر ہے۔ فقری نمود کے سامنے کاسایہ دایا ڈایا فرام ج۔ (مسٹر ڈیپولنڈ سے
 لاک کے لئے نمونے صفحہ سے)



صفحہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لئے ایک طبی مری کی شعاع نگاشت لی گئی ہے۔ ایک سرخ کشف منہ پر بیریم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ ابھی فوارہ تمام نچی نہیں ہوا تھا کہ بیریم کو معدہ میں گر جانے دے۔ فوارہ کا دواہر سایہ یعنی پینڈے پر بیریم کی تنگ بھاری اس لئے ہے کہ دوران کشف میں فوارہ کا مقام پریم عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈیپو۔ ڈیپو بین اور ای۔ پی۔ پولٹن)

علاج - بعض اصابتیں ہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتفاع مائع غذا سے، یا ٹھوس غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال اتنا وہ جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکونی دباؤ کے زور سے عضلہ عاصرہ کے آر پار اپنا راستہ نکال لیتا ہے جس سے اس کا لیول کی قدر گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ مستعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی زبر کی نلی ہر کھانے سے پہلے معدے میں داخل کر دی گئی ہے، یا ایک انوبہ مری کو معدے میں داخل کر کے اور سارے وقت علی حالہ رکھ کر مریض کو چار دن تک غذا دی گئی ہے۔ عیالہ علاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلہ عاصرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

عطف

(diverticula)

مری کی دیواروں میں جلیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفوں (pressure diverticula) اور (۲) جبری عطفوں (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطف، اجسام غریبہ کے مغز و نہ ہو جانے سے، یا دوسرے مقامی تضر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلی طبقہ کمزور ہو جاتا ہے، اور مخاطی اور تحت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطف کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہو جائے تو اس تاجہ کے اندر غذا جمع ہو جاتی ہے، اور یہ قہری بتدریج بڑی ہو جاتی ہے یہاں تک کہ یہ سو یا ۴ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جبری عطف، جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہو جاتے ہیں مثلاً متقیق یا تدریجی شعبی غد کی دساعت سے جس سے طبقات قیف مناصورت میں باہر کھینچ آتے ہیں۔ عطفوں کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے۔ وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گروں کے دونوں طرف یا بعض اوقات

صرف بائیں طرف ہی بروز کرتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جگہ مری کے زیریں سرے کے قریب ہے (۱) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں: عسر البلع، غذا کی بازروی، جس کے ساتھ اکثر اچھو لگ جاتا ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور تاج کے اندر غذا کی تحلیل سے سانس میں بدبو آتا۔ غذا اتنی جمع ہو سکتی ہے کہ مری بالکل مسدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشخیص برہم نکلنے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف اور ۲۳ الف) اور مری زمین سے بھی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ عملیہ کر کے جیب کا استیصال کر سکتے ہیں۔ خفیف امواتوں میں منہ بھر کر پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بازروی یا ہر نکال کر جیب کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا ممکن ہے۔

معدے کا امتحان

معدے کی وضع، مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ کا فوادی سر اعظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے اور اس کا جسم اور قباب شکم کے اندر ہوتے ہیں۔ افقی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پسلیوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اور شراہیف میں اس کا صرف قبابی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر ہمیشہ کیسیدر ہو امو جو درستی ہو اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل تطبیقی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے زیریں حصے کا قزع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر پیش قلبی اصمیت سے، اور پیچھے طالی اصمیت اور ریوی گمک سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قزع سے جو آواز حاصل ہوتی ہے اسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جاسکتا جو آنتوں کے اندر کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لیے یہ طریقہ کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں بہت بڑے اختلافات واقع ہو سکتے ہیں کہ جن سے غذا کی تمیز پذیر مقداروں کے لیے گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں کی

ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترچھے ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مری کے مدور ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے صغیر کے برابر چلے جاتے ہیں اور اگلی اور پچھلی سطحوں پر ایک پنکھ کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی پُری کے ساتھ ساتھ ہونے لگتی ہے۔

معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، جسامت، اور حرکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو دلیہ یا دودھ روئی کی غذا دیکھائی ہے جس میں بسمتھ کے ایک جامد مائع کے ۲ اونس جو بہتر ہے کہ آکسی کلورائیڈ ہو یا بیرئیم سلفیٹ کے ہم اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شعاعیں استعمال کی جاتی ہیں اور اس سایہ سے جو کہ پردہ پر مشمولہ اندری مائع کی وجہ سے گرتا ہے، معدے کی وضع اور جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصہ اور ایک افقی حصے پر مشتمل ہوتا ہے، جن کو انحنائے صغیر پر ایک نرا ویتی ٹکڑا جدا کرتا ہے۔ فتحہ فواد یہ کے لیول پر ایک خیالی افقی خط، انتصابی حصہ کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصے کو جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ افقی حصہ بوابی دہلیز اور بوابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے اثنائیں کیوسس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بواب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصے کو اثنا عشری کا قلا (duodenal cap) کہتے ہیں اور اس اور معدے میں علیحدگی واقع کرنے والی بواب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں قفا وقتاً بوابی قنال دکھائی دیتی ہے، جو کیوسس کی اس مقدار کے لحاظ سے جو اس کے اندر سے گزر رہی ہو نسبتاً چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی الحركت موجیں جو جسم معدہ سے بواب تک واقع ہوتی ہیں اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسم معدہ اور بوابی دہلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں لاشعاعوں سے شناخت ہو جاتے ہیں۔

انتصابی وضعوں میں طبعی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ انحنائے کبیر حرقی عرفوں (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور انحنائے صغیر اس سے اوپر کو تاہم تندرستی کی حالت سے تجاوز ہوئے بغیر معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں۔ معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے، اور اسے بعض اوقات گرا ہوا محلہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زیر تنشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱، نیز صفحہ 340 پر شکل ۴۸)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقی عرفوں سے بالکل اوپر ہو اور اس صورت میں اسے بلیش تنشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔

افتی وضع میں جب کہ مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈیفرام کے نیچے چلا جاتا ہے، اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عموماً الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے زورہ سے ذرا پہلے یا منتلی پیدا کرنے والی (مثلاً) ہینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب موضوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ بیش تنشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (11)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو، یعنی جب سینہ کا گھیر جسمانی طول کے نسبت ۳ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدہ کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس جب سینہ کا گھیر دھڑ کے طول کے نسبت، سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کیا ہے عموماً معدی ریس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا لازم پایا جاتا ہے (12)۔ ایک ہی خاندان کے افراد، معدہ کے تختی کی مدت، اور امتحانی غذائی منحنی کی قسم میں یا ہم مماثلت نہا ہر کرتے ہیں۔

معدے کا کوئی لاشعاعی امتحان مکمل نہیں ہو سکتا، وقت تک معدے کے تختی کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا کھانے کے دو چار اور آٹھ گھنٹے کے بعد مریض کا امتحان کیا جاتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سایہ باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا بیش تنشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر مافیہ موجود ملیں تو یہ بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی دلالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ یہ اوقات ان اوقات سے

کیقدر زیادہ ہیں جو کسری امتحانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

معدے کے مافیہ کا امتحان

قے کے امتحان سے اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے مائعات کے امتحان سے ہم یہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام میں اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں ترشوں، پپسین (pepsine) یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیساحصہ لیتی ہے۔

قے۔ اگر مریض کو استفراغ ہو جائے تو مائع کی مقدار، رنگ و بو، اور قوام کو نو کرنا چاہئے۔ حال ہی میں لی ہوئی چیزیں (مثلاً پیران پذیر روغن یا الکحل) بونیں ترمیم کر دیتی ہیں۔ مائع بے رنگ، یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا، یا صفر کے لون سے زرد یا سرخ، یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خون معدی رس کے تماس سے اکثر تبدیل ہو جاتا ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہو جاتا ہے، اور دُرد قہوہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں قے پانی جیسی یا مخاط کی وجہ سے کم و بیش لزج ہوتی ہے یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ یا ناہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہئے۔

خرد بین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی باقیات شناخت ہو سکتی ہیں، جیسے کہ عضلی ریشے، سیلو لوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جیہات، سپید خلیے اور کثیر التعداد خرد عضویہ بالخصوص ٹاڈولی (torulae) اور ذبقات حزمیہ (sarcinae) اور بعض اوقات عصیہ آپریوآس (Oppler Boas bacilli)۔ کیمیائی امتحان کے لیے قے شہ سیال کو باریک ٹل میں سے چھانا جائے اور ان کاشفات کے ذریعہ سے جوابی بیان کئے جائیں گے جیسے ہوئے حصہ کا امتحان کیا جائے۔

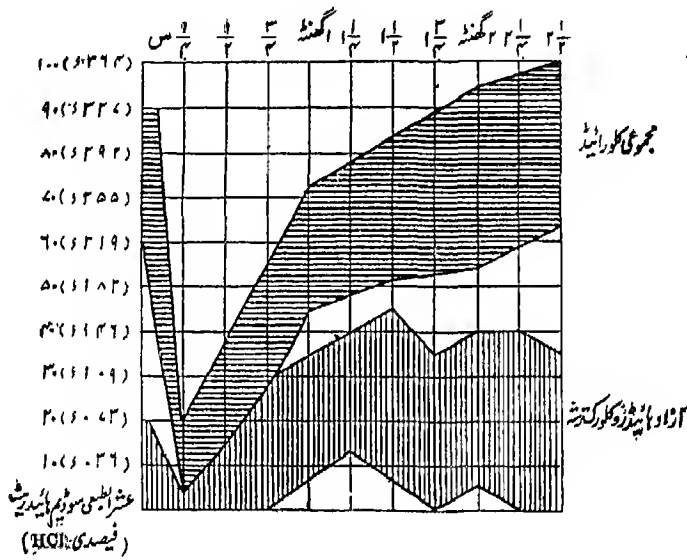
امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور معلوم کئے جاسکتے ہیں کہ جتنے قے کا امتحان کرنے سے۔ اس کے دو طریقے متعارف ہیں:-

(۱) آیوالٹ کا امتحانی نامشتہ۔ پہلے معدے کو دھو ڈالتے ہیں، یا غذا جو ۲ یا ۱۲ اونس روٹی یا ٹوسٹ (toast) اور ۲۰ اونس ہلکی چائے پر مشتمل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

دیکھائی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تقطیر کر لی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انھیں بذریعہ بخیر خشک کر کے اور پوٹیم کاربونیٹ ملا کر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کی جاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائیڈ کے طور پر مخرج ہے، ارتکاز حاصل ہو جاتا ہے۔ پھر AgNO_3 (سلورنائٹریٹ) استعمال کر کے وول ہارڈی معائرتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے ”فاعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ“ کی مقدار معلوم ہو جاتی ہے، یعنی اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ مخرج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سو رانخ والی زبر کی ٹلی جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک بیچکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ (سکونی ریا) = ”resting juice“ نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذائی جاتی ہے :- ناشتہ کی جیسے کائما ڈوٹیل اسپون (یعنی بقدر اونس) ایک کوارٹ (پلم گیالین) پانی کے ساتھ یہاں تک آلا ہوا کہ اس کا حجم ایک پنٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ملل میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پانچ گھنٹے کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہو جائے۔ مخاط، صفراء خون، نشاستہ اور ویکسٹروزی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائیڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کی معائرت اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھیل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معائرت جاری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فینال تھالین بھی قلعوی ظاہر کرے پہلی معائرت سے آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ ”free HCl“ معلوم ہوتا ہے۔ اور قلعی کی وہ مقدار جو فینال تھالین کو متغیر کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے، ”مجموعی ترشگی“ (”total acidity“) ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ مستمر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے جیسے کہ لیکٹک ایسڈ موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہو جائے۔ مجموعی کلورین کی تعین یوں کی جاتی ہے :- ۵۔ ۵ یا ایک سی سی مافیہ میں عشر الطبعی ہائیڈروکلورک

(0.1N AgNO₃) اور ایک سی سی مرکبزنائٹک ایسڈ (conc. HNO₃) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر پروٹین موجود ہو تو وہ مرقوب ہو جائے۔ اب ایک سی سی الکحل آمیز کریں۔ الکحلی عشر الطبعی پوٹاشیم سلفو سائینٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد سلور نائٹریٹ کی معائرت کریں اور اس کے لئے آئرن الیم (iron alum) کا ایک قطرہ تھائیڈ کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ وول ہارڈی معائرت ہے)۔



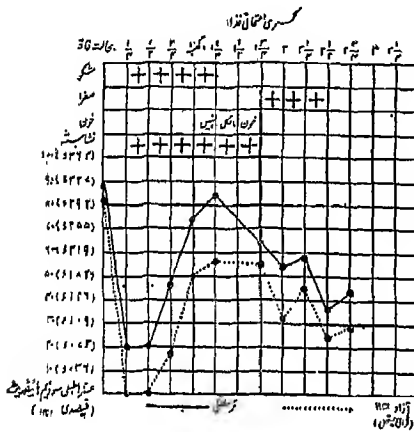
شکل ۴۴۔ چھائیں وار رقبے۔ ۸ فی صدی طبی طلبا میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔
س۔ "سکونی رس"۔

کوئی کھانا دسے بغیر، دلی گرم ہٹامین (histamine) کا اثر اب کرنا اور اس کے بعد معدی مافیہا کا امتحان کرنا حال ہی میں رائج ہوا ہے۔ ایک الکحلی امتحانی غذا (۵۰ سی سی ۲ فی صدی الکحل کے) بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکحل میں ایک سی سی فینال تھالین ملائی جاتی ہے تاکہ تھالی کی مدت تاپنی جائے۔
آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین دونوں کھانے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں، لیکن ازاں بعد ہائڈروکلورک ایسڈ تو کم ہو کر گزنا شروع ہوتا ہے، اور مجموعی کلورین برابر بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہو (18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے علامات یہ ہیں:۔ لعاب بہن کی مقدار؛ اثنا عشری کے مانیہ کی باز روی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کی تبدیل کر دیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا دیں گے)۔ جب آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ موجود نہ ہو تو اس حالت کو بے ترشگی (achlorhydria) کہتے ہیں، لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" موجود ہی نہیں، یعنی معدے نے HCl کا کوئی افزا بالکل پیدا ہی نہیں کیا ہرگز نہیں ہو سکتا اور اس لحاظ سے یہ اصطلاح کیقدر مغالطہ پیدا کرنے والی ہے۔ "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کیقدر قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے (13)۔ شکل ۴۴ میں ۴۰ فی صدی طبی طلباء میں آزاد HCl اور مجموعی کلورک ایسڈ سایہ دار قبول کے اندر واقع ہتھے عموماً مجموعی ترشگی آزاد HCl کے نسبت تقریباً ۴۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفسی اثرات HCl کے منحنی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم کو تنہا کے تحت متلی کا احساس پیدا کر دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ہو گئی، اسی طرح جھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا، جو بلاشبہ سحر کی فاعلیت بڑھ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشعاعی مشاہدات سے جو اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عضلی درزش اور گرم غسل HCl کا افزا کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔ ہلکی درزش جو محبوب دوستوں کی محبت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے (20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس، جو ترشہ اور پسینہ ہر دو لحاظ سے طاقتور ہو، اشتہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد مفرز ہوتا ہے (18)۔ شحم کھلانے سے افزا اور سحر دونوں کا امتناع ہو جاتا ہے، بالخصوص اگر شحم ناسیر شدہ ہو (19)۔ جسم معدہ کے قرعہ کے ہمراہ کوئی مینز منحنی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اثنا عشری اور بوابی قرعہ کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشگی سکونی رس ہوتا ہے، اور آزاد HCl میں جو کئی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

HCl کا مافیہ بہ معرفت بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ ساری غذا معدے سے چلی جاتی ہے جس کی تعیین نشاۃ کے غائب ہو جانے سے ہوتی ہے۔ اس نقطہ کے بعد معدی رس کا افراز پھر بھی ہوتا رہتا ہے (بیش افراز)۔ ممکن ہے کہ معدہ خود کو نہایت سرعت کے ساتھ خالی کر دے ("اشنا عشری عجلت" = "duodenal hurry")۔ تو ابی حینق کی حالتوں میں (شکل ۴۶) غذا معدے کے اندر طویل عرصہ تک رہتی ہے، جیسا کہ نشاۃ کی مسلسل موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔



جوں جوں معدی رس کا افراز زیادہ ہوتا جاتا ہے، HCl کا ارتکاز بھی بڑھتا جاتا ہے۔ مختلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالت میں امتحانی غذا شکل ۴۷ میں بتلائی گئی ہے۔ اس میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائیڈ کی کمی مزمن التهاب مجدہ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتی ہے۔ معدی سرطانی سلعہ (جو ملاحظہ ہو) کی بعض اصابتوں میں بھی ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے، کیونکہ اس صورت میں بھی مزمن معدی التهاب موجود ہو سکتا ہے۔

خون کے لئے کاشفات - جب تھے، یا معدی مافیہ میں خون کا اظہار شوخ سرخ رنگ کے خون یا در و قہوہ کی حیثیت سے نہ ہو، تو ایسی صورت میں بھی وہ اتنی کافی مقدار میں موجود ہو سکتا ہے کہ

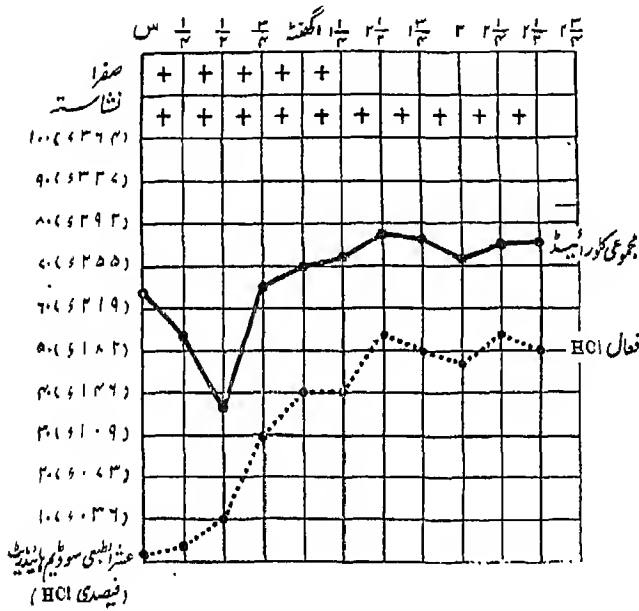
شکل ۴۵۔ اثناعشری قعر (duodenal ulcer)

کی ایک اصابت جس سے یا موز ظاہر ہوتے ہیں:-
جہایت ترشی سکونی رس غذا کے بعد بہ سرعت بلند ہو جانے والا منحنی اور معدے کا جلد خالی ہونا۔
بالآخر ترشگی کا کرکرم ہو جانا ایک حد تک اس باز روی کے باعث ہوتا ہے جو اثناعشری سے واقع ہوتی ہے۔

کیمیائی کاشفات سے شناخت ہو جائے۔ لیکن اس سے بھی زیادہ یہ اہم ہے کہ براتر کے اندر تحقیقی خون کے لئے امتحان کیا جائے، کیونکہ معدی مافیہ میں خون کا ایک مشابہ تو ضرور

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

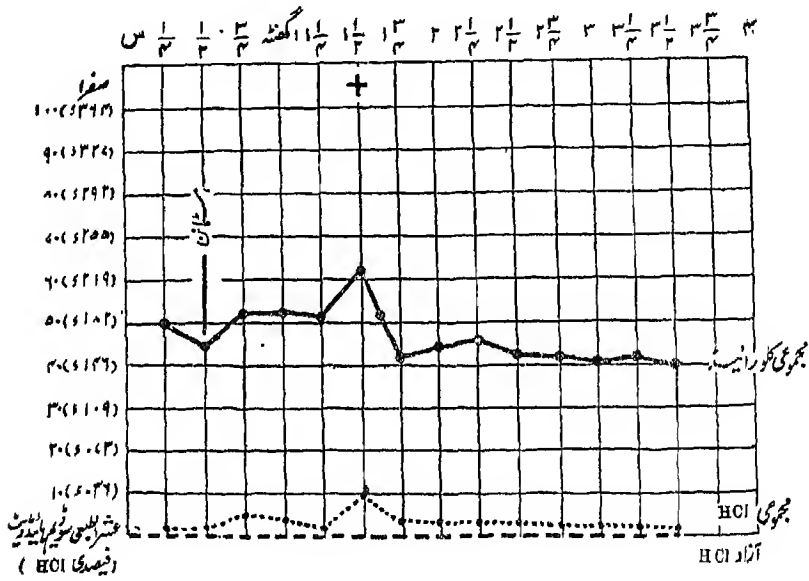
گوا یا کم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test) - براز کو گیشل آیبیلک ایسڈ اور پانی کی مساوی مقدار میں ملا کر ایتھر کے ساتھ ہلایا جائے۔ ایک امتحانی ٹلی کے اندر اس ایتھری خلاصہ میں ٹیچر آف گوا یا کم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک الکحل (ozonic alcohol) (یعنی الکحل کے اندر ہائیڈروجن پراکسائیڈ) کے ۲ سی سی آمیز کر دیے جاتے ہیں



شکل ۲۶ - مزمن بوابی طرحہ کے باعث بوابی تسد کی حالت، جو معدے پر غدا کا رکود (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین کے مخفی طرحہ کر ایک مستر لیول تک پہنچ گئے ہیں (13)۔

جس سے ایک شوخ نیلا رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مخفی نزف کا ثبوت اسی وقت سمجھا جاسکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑتالیس گھنٹے پیشتر سے کلوروفیل (سبزی) اور خون شامل رکھنے والی غذاؤں یعنی گوشت اور سپر ترکاریوں سے پرہیز کیا ہو۔

تصدیق کا شرف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ ایتھری خلاصہ کا امتحان ایک طیف نما کے ذریعہ آئسڈ ہیماٹن (acid hæmatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔ ازالہ بعد ایتھری خلاصہ ۳۰ فی صدی HCl کے ساتھ ہلا لیا جاتا ہے اور آبی خلاصہ کا طیف نمائی امتحان آئسڈ ہیماٹوپورفائٹین (acid hæmatoporphyrin) کے لئے کیا جاتا ہے۔ اس شے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم کے اندر متغیر ہو گیا ہے اور



نمط ۳۴ - متلف عدم دمویت (pernicious anemia) کی حالت جو

آزاد HCl کی غیر موجودگی، ترشگی کی کمی (اور غالباً غلیظ HCl کی کمی) اور

مجموعی کلورین کی کمی ظاہر کرتی ہے (31) -

یہ کہ وہ غذائی قتال میں بہت اوپر سے، یعنی معدے، چھوٹی آنت، یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel) -

خوب پی پیرومیل لایین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے

عالی ہیں راج ہوئی ہے (93) -

سوء ہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سوء ہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی خطہ کے اُن افعال میں خلل واقع ہو گیا ہے جن کا طبی تعلق نیچے ہوئی غذا کی تیاری سے، اور غذا کے چھوٹی آنت میں بغرض اس جذب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کر دیتے ہیں، جن میں غذا سے پہلے یا بعد درد یا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات اور ان کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم ملزوم ہوتے ہیں، مثلاً ہزال شجاع کے معدی بحرانات کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے، لہذا سوء ہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کیلئے بھی کیا جاسکتا ہے۔ بلاشبہ معدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، لیکن جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا، اس سلسلہ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور آٹنا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ ”بد ہضمی“ (”indigestion“) کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے، یعنی سوء ہضم یا چھوٹی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے، یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے، جس سے ”غیر ہضم شدہ براز“ (”undigested stools“) کی اصطلاح نکلی ہے۔ معدے کے دوسرے فعلی اختلال جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے، اگرچہ بعض اوقات سوء ہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

سوء ہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سوء ہضم نام کا فی طور پر چسبائی ہوئی غذا، یا خاص طور پر خراش اور نوعیت کی غذا یا حد سے زائد مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کر سکتا ہے کہ وہ غذا کی اس سے زیادہ مقدار کھالے کہ جتنی

اُس کا معدہ برداشت کر سکتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز جیسی کہ برف یا قہوہ یا الکلی مشروب زیادہ مقدار میں کھالے کہ جو ہضم کے عمل میں سستی پیدا کر دے اور خلل شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہو سکا ممکن ہے کہ سابق عام سنگی کی وجہ سے ہو جس نے معدہ کو بھی متاثر کر دیا ہو۔ مثلاً بلاناشہ کے کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک معتدل غذا بالکل ہضم نہ کر سکے۔

علامات۔ غذا لینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی خطے میں تہذد اور بے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کہ جس سے شکایت پیدا ہوئی ہے رات کے وقت بہت دیر کر کے لیا گیا ہے تو ممکن ہے کہ تھوڑی بے آرامی کے بعد مرلیض کو نیند آجائے، لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف سے جاگ اٹھتا ہے، اُس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اس کے سر میں درد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا پڑا رہے۔ بعض اوقات قلب کے متراد انکماشات کی وجہ سے پیش قلبی خطے میں ایک تیز پھڑپھڑاہٹ محسوس ہوتی ہے یا منفرد متراد انکماشات نسبتاً طویل تر وقفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غذا کی رغبت نہیں ہوتی، زبان خشک اور فزوا اور جلد چمچی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قے ہو کر شکایت نسبتاً جلد جاتی رہتی ہے اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہو جاتا ہے جو اگر ہضم ہوئے بھی تو نامکمل طور پر ہوتے ہیں اور اُن میں معدی مخاط ملی ہوئی ہوتی ہے۔ اس سے دردیں کثیر فی الفور تخفیف ہو جاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر قے مکرر ہوتی ہے اور صفرا جو اثناعشر سے معدے کے اندر بذریعہ بازروی آ گیا ہے بعد کی قیوں کے ساتھ نکل جاتا ہے۔ بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا خراش اور مادہ آ جانے کی وجہ سے اُن کا فعل تیزی کے ساتھ ہو کر جاتی ہیں۔

علاج۔ جہاں درد شدید ہو اور اس کا سبب ظاہر ہو، ایک قے آور دوا

مثلاً سال دولیٹاکیل (sal volatile) یا عرق الزہرب (ipecacuanah) سے فوری آرام حاصل ہو سکتا ہے۔ اگر یہ اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک نلی کے ذریعہ

خارج کئے جاسکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف تر اصابتوں میں اسقدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت تھوڑا سا برف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کریں جب کہ یہ تکلیف دہ علامات رفع ہو جائیں۔

مزمن سورہضم

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سورہضم کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلہ علامات ہے جو بالائی غذائی خٹے کے فعل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس مسئلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہئے۔ (۱) وہ کونسا عضو ہے جس کے افعال کا اختلال سورہضم کا باعث ہوتا ہے اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کرتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو کہ اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہو رہی ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ درد کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہے (۶)۔ جب وہ شرایف میں خوب اوپر قفس خنجر کی قریب یا عظم الفص کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸ اب او صفحہ 325)۔ تحت الفصی مریوی درد کی تفریق درد قلب سے اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض سے نکلنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی موج جو اچھ فی سینکڈ کی شرح سے مری میں نیچے کے طرف پھیلتی ہے مریوی درد میں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے لیکن اگر یہ درد بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ نکلنے کا فعل درد قلب میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ درد کی یہ دونوں قسمیں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا درد شرایف پر محسوس ہوتا ہے اور یہ غالباً مری کے درد کے نسبت ذرا نیچے اور بعض اوقات بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر اور نہایت عام طور پر ناف کے گرد ہوتا ہے۔ اتنا عسری کا درد

تقریباً اسی لیول پر لیکن خط درمیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے۔ یہ عارضہ صائم (jejunum) کا دروغاً لباؤ نام سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربہ شدہ اس طرح پیدا کیا جاسکتا ہے کہ ایک حشائے اندر رکھی ہوئی ہوا کی پھیلی میں بھوک کر ہوا بھردی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الیمی عصبی منتہاؤں کے کھینچ کر تن جانے کی وجہ سے ہوتا ہے (21' 22)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکورہ بالا جسم غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی حرکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گزر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج پھیلی پر پہنچ کر اسے پچکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر پھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند ”انکماش“ دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ موج کے گزر جانے کے ساتھ ہی درد بھر ہوئے لگتا ہے، کیونکہ دوران ”انبساط“ (”diastole“) میں دیوار پھرتن کر کھینچ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا ”مڑوڑ“ کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دوران انبساط میں ہوتا ہے اور وہ درد جو تجربہ شدہ پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ والی سمت ہے۔ اگر ایک نہ پچکنے والی آبی پھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہو جاتا ہے کیونکہ حرکت دودی کی موج اپنے ممر میں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھینچاؤ کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، ہوا کی پھیلی سے اوپر انکماش طور پر منقبض عضلہ کے، اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک پھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکت دودی کے ساتھ بد سے بد تر ہو جاتا ہے۔ یہ تجربہ اس درد ناک شے کا قایم مقام ہے جو قنات کے اندر نگہائے صفرا یا سنگ گڑ کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلے اخترا میں بڑا ہو جانے کی، یعنی (شیر نگار کی اصطلاح میں) اپنی وضع ”یا کینڈا“ (”posture“) بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے اور اگر کوئی جسم غریب ایسا ہو کہ وہ ابتداء علامات پیدا کر دے، تو اس کا یہ علامت ہے۔

پیدا کرنا اس وقت موقوف ہو جاتا ہے جب کہ عضو اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ وہ بدون کھینچے ہوئے اس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کیقدر تدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ ایسا سطلے کسی ریشے کی وضعی تطویل میں اور اس کے اس کھینچاؤ میں فرق کرنا چاہئے جو کہ درو پیدا کرتا ہے۔ خراش مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

ڈوبنے یا خلو کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں گرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور متلی کا احساس جو خلق کی پشت اور اس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے، مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں جو اس سے پست تر درجہ کے تناؤ کا رد عمل ظاہر کرتے ہیں جتنے درجہ کا المی عصبی منتہائیں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے ان احساسات پر درو کا احساس غالب آ جاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے، جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پری کا احساس دوبارہ شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔

334

پانی کی ایک چھوٹی پیمانی کے ذریعہ سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مرعیضوں پر دوران احساس درو میں کئے گئے، ایک سلسلہ انقباضات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انقباضات مری، معدے، اثنا عشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں حشا کے اندر کا انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا تھا، اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مرعیضوں میں مختلف تھی۔ انقباضات کا رجحان درو کو کم کر دینے کا تھا، اور یہ درو ایک مرعیض میں بعد کے عضلی ارتخاء کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ حشا کے بڑھے ہوئے انبساطی دباؤ کی وجہ سے المی منتہاؤں کا کھینچاؤ واقع ہو گیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درو اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درو کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احشاء کے درمیان نہایت قریبی تعلق مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھلانے سے مری میں بھی اوپر سے نیچے کے رخ ددوی حرکت موجیں پیدا ہو گئیں (معدی مرلوی صند باز روی معکوسہ)۔ ایک مرعیض میں جسے آلام الجوع تھے، معدے کے

انتقاضات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اثنا عشری میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہوئیں۔ سورہضم کا درد دیوار کی عصبی المی ہتھکڑوں کے کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے جسکی تطبیق دوسرے مشابہات سے ہوتی ہے کہ سورہضم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں نٹھان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر تمدد پذیر ہو جائے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ المی ہتھکڑوں کا کھنچاؤ نسبتاً پست تر انبساطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلات عاصرہ کی ہنرماں مسدودی بھی واقع ہونی چاہئے، ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے اور یہ بہت ممکن ہے کہ سورہضم کے علامتیہ کا اولیٰ انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو:۔ عضلی دیوار کی غیر معمولی تمدد پذیری۔ یا عضلات عاصرہ کی مسدودی یا شاید ان کا عدم ارتخاء۔ ممکن ہے کہ عضلات عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات، مثلاً مری یا اثنا عشری میں، یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود المقام انتقاضات (سججات) پیدا ہو جائیں۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے، یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوتا ہے، یعنی نام نہاد الہو الجوع۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کیا تھ دو اہم عاملات پائے جاتے ہیں، جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھنچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:۔ (۱) بلع الہوا جو بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے، اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہونا۔ فی الحقیقت یہ علامات تنوعی سمجھے گئے ہیں، کیونکہ بلع الہوا دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں مُمد ہوتا ہے اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شے کے لئے ایک مُنق (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے، اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش ریتی افراز بکثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۵۰ فی صدی HCl کے ۲۰ سی سی معدی ثلی کے ذریعہ دینے پر معدی قرص کی بحیثیت ۳۵ مریضوں میں درد کی صورت میں اور ۲ مریضوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اثنا عشری قرص کے لئے ایسے اعداد ۱۱ اور

۴۴ تھے۔ مزید برآں ان اصابتوں میں بھی درد ہوا کہ بن میں ضرر معده سے بہت دور تھا (۱۷)، لیکن ان اصابتوں میں التهاب المعده کو خارج از بحث نہیں کیا جاسکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معده کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ سود ہضم کی متلی یا پیری کا احساس یا درد ممکن ہے کہ معکوس طور پر قے یا دیکانیا پیدا کر دے، جو غذائی خٹے کے بالائی حصے کے لئے اپنے مافیہ خارج کرنے کا سبب ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچہ کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے، جن سے معده کے مافیہ مری کی راہ سے اور دہن میں سے ہو کر بزور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معده کے مافیہ ایک مدد و فواد میں سے بزور خارج کئے جاتے ہیں۔ قے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت قانطیر کے سرے پر بندھی ہوئی تھیلی کو خود اپنی مری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکمی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قے اور مہیڑ یا قے بلا درد ہوتی ہے، اور اکثر یہی صورت حالات اس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قے دروں مجموعی مرض کی وجہ سے ہو۔ اسخائے صغیر کے زیریں حصے کا بیج قے کے حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلات شکم منقبض ہوتے ہیں اور معده بے حرکت رہتا ہے (۱۱)۔

335

(۲) مزمن سوء ہضم پیدا کر دینے والے ضراوات :—
(الف) خود معده ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلہ کی کش کی کمی کے نتیجے کے طور پر (اس حالت میں معده اکثر لٹک پڑتا ہے، ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۹) یا جلی عضوی مرض جیسے کہ معدی قرعہ اور سرطان اور بوابی صغیر یا مزمن التهاب معده کے نتیجے کے طور پر۔

(ب) سود ہضم معکوس طور پر ان ضراوات سے پیدا ہو سکتا ہے :—
عقوی ضرر جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں، نیز اثنا عشری قرعہ مزمن التهاب زائدہ شکم صغیر اور مرارہ کے دوسرے ضراوات مزمن التهاب لبلبہ، ضراوت گردہ، بالخصوص

حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قیض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ ہنر انشاع کے معدی بھڑانات میں اولیٰ ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ذبحہ صدر یہ (angina pectoris) ایک ثانوی سوء ہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص مسو نہش سینہ)۔ یہ امر کہ ان شالوں میں سوء ہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوئی ہے، مشابہت ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التهاب زائدہ میں زائدہ کے رقبہ پر دست ورزی کرنے سے معدے کے اٹھائے کبیر کا ایک محدود المقام شخ پیدا ہو گیا۔ ایسا ہی شخ علیہ کے وقت ایک اثنا عشری قرحہ کی باریطنی سطح کی برقی پیچ سے پیدا ہو گیا (11)۔ سنگہائے صفرا سے یہ قرحہ کے ایک عرض میں شراینی درد معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر ملتہب زائدہ کی دست ورزی کرنے پر معکوس تحت القصی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سوء ہضم نسبت زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے: محل پروٹین غریبہ کے لئے حساسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'دماغی تشویش' حد سے زائد محنت اور دوسرے مضعیف اثرات جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض برائت، جو کہ معدے کی دیوار کی زیر تنیدگی پیدا کر کے یا اس کے افراز میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ قلیل شکر و دمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ماری عروسو ہضم میں مبتلا رہ سکتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سوء ہضم "بلا سبب" (dyspepsia sine materia) بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے کوئی نہ کوئی ضرر ضرور پایا جائے گا، خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جیسے بے تنشی سوء ہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں ترمیمی تاؤکلات کی صورت میں ہو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سوء ہضم میں خفیف نرف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشعاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجاتوں میں مخفی خون موجود ہوتا ہے اور وہ ایما ٹو پورفرین کا طیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ اب

مزمن التهاب معده کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترششی ہضم (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت، یعنی کھٹی و کاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملیح کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوء ہضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عضوی عصبی مرض یا اختلالی و ماغی حالتوں کا سوء ہضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جیسے کہ عدم اشتہا اور متلی کے ہمارے شریف کے مطابق محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبنے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا نمیز خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa) - و ماغی مادہ خذ کے اس مرض میں جس کا ذکر گِل (Gull) نے کیا ہے، مریضہ (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذا لینے سے انکار کر دیتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریضہ اپنا جسم چھیرہ پر رکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ خاندان والے فکر کرنے لگتے ہیں، بلکہ اُس کا پیچھا لیتے ہیں اور سرزنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا وہ اثر یہی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تدرن کی نوبت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہئے، اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام و سکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہئے، اور ایک خاص مریضہ ہوئی چاہئے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا درحقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا ضدی مریضوں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سوء ہضم کی علامات، سبب مرض کے دفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک سحر بہ سے ملتی ہے جس میں مری کو ایک پھیلی سے پھلایا گیا تاکہ درد پیدا کیا جائے۔ عظم القصیر کی جلد الیم متی اور پشت میں درد تھا۔ تجربہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں اور دوسرے دن معمولی سوء ہضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عضلی ریشے تخفیف طور پر متضرر ہو گئے تھے اور ان سے سکوس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔

علامات - یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

۱۔ سوء ہضم کا اظہار اکثر اوقات شراستی خطے میں دروسے ہوتا ہے جو غذا لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے اور کچھ عرصہ تک جاری رہ کر تب ہیج موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر یا قص نخجری کے لیول پر یا بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القص کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزش سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ ”پشت کے آر پار“ جاکر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی سر میں محول ہو کر درد آبر و پیدا کر دیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معدہ خالی ہو، اور ادخال غذا سے اس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا پری کا احساس یا جی ڈوبے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی جلد پر اوپری الیمیت موجود ہو، یا شکم کو دبائے پر عین الیمیت پائی جائے۔

سریجیت - اس کا وقوع بد ہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدہ بھریا جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے دردیں تخفیف ہو جاتی ہیں۔ ریجیت کا سبب عموماً مائع الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338)، لیکن بعض اوقات ریجیت جزء اس CO₂ کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثنا عشری کے فتلولی مافیہ کے بازو میں اور معدے میں ترشی معدی مافیہ کے ساتھ اس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات - افی صدی CO₂ پائی گئی ہے۔

مٹلی سوء ہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قے نسبتہ کم کثیر الوقوع علامت ہے، بہ استثنائے الکلی سوء ہضم کے، جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے۔ قے کردہ مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہوتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صفراء اور خون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis or water brash) اس حالت کا نام ہے جس میں مائع کی کچھ مقدار ڈوکار کے ذریعہ سے منہ میں آ جاتی ہے۔ یہ مائع بعض اوقات تعدیلی تعامل والا یا قلوئی ہوتا ہے، اور البتہ

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریت پر مشتمل سمجھا جاتا ہے۔ لیکن یہ اکثر ترششی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ حلق میں اور غلظت القص کے پیچھے جلن کا احساس ہوتا ہے۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ اس اوقات کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا۔

عام علامات - زبان مختلف طرز کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات وہ فرور ہو جاتی ہے۔ یہ فریبتلی اور سپید یا دیر اور زرد یا بھوری ہو سکتی ہے۔ وہ فرج کو اکثر پانی جاتی ہے رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے جب کہ چبانے کا عمل نہ ہوا ہو یا سیلان ریت کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے جب کہ سطح کے پھلکے رگڑ کر جدا نہ ہوئے ہوں۔ اس کے ساتھ سانس بوجھ ہوتی ہے۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ اس کی اثنائیں کبھی کبھی اسہال ہو جائے بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو یا بالخصوص قے کی حالت میں سورہ ہضم کے ساتھ اکثر جلدی ثورات، احمرانہ گلابی کٹی (rosacea)، شری (urticaria) اور معمولی کٹی پائے جاتے ہیں۔ بدن پر عام طور پر یا زیادہ صبح الفاظ میں عصبی نظام پر جو اثر ہوتا ہے اس کا اظہار کلمندی، محنت کے لئے بے رغبتی، چکر، نظر کے موضوعی احساسات، غنودگی، چہ چڑے پن اور دماغی سستی کی صورت میں ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں خفیف عدم

دمویت یا پھیپھیاں، کینقہ نقصان تغذیہ اور مزمن اصابتوں میں چہرہ پر تکلیف یا تشویش کے مستقل آثار کا پایا جانا بھی غیر عام نہیں۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابی معد کی کوئی عام دلالت نہیں پائی جاتی۔

تشخیص - سورہ ہضم کے علامات اور غذا یا بھوک کے ساتھ ان کا وابستہ ہونا اس قدر مخصوص و متمیز ہے کہ تشخیص میں کوئی وقت پیش نہیں آتی۔ بایں ہمہ اس حالت کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے، اور دیرینہ اصابتوں میں کامل عام سریری امتحان کے علاوہ غذائی خطہ کے لاشعاعی امتحان، مخفی خون کے لئے براز کے امتحان، امتحانی خوراک اور اثناعشری کے مافیہ کے تجربہ ان سب سے قیمتی معلومات کا حامل ہونا ممکن ہے۔ اس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا مرض خارج از بحث کر دیا گیا ہو، مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے غنائے محاطی کے نزفی ضرر پر دلالت کرے جو ممکن ہے کہ مزمن معدی التهاب کی وجہ سے ہو۔

علاج - اگر کوئی مرض یا ناقص طرز زندگی سورہ ہضم پیدا کر رہی ہو تو اس کا

تدارک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً خمی عفونت کے دفعیہ کے طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوہم ہضم کے حقیقی علاج کی جماعت بندی حسب ذیل طریقہ پر کی جاسکتی ہے : —

337

(۱) غذا ایتھام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے بیجوں اور چھلکوں کی شکل میں غیر ہضم پذیر نفل موجود ہوں پر پرہیز کرنا چاہئے اور پھلوں غذا کو ننگلے سے پہلے پوری طرح چبا لینا چاہئے، یا دانت ہنوں کو اس کا چورا کر کے کھانا چاہئے۔ تیز خوشبودا یا مسالے دار چٹنیوں، تلی ہوئی غذاؤں، کئی کئی اجزاء والے کھانوں، گرم سالوں، کھٹے پھلوں، اور کچی چیزوں جیسے کہ مولیوں، سلاوا (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے، لیکن جن چیزوں کی اجازت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا نامکن ہے۔ بہت کچھ خود مرلیض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد رکھنا چاہئے : — لچھی غذائیں معدے کی تہیج کر کے ایک اعلیٰ درجہ کا ترشائی رس پیدا کرتی ہیں جس کے ساتھ بیسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذا ایسی ایسے واسطہ کے اندر بہترین ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذا میں رین کے اینزیم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں جس کے لئے خفیف سے قلوئی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن شحم ہائڈروکلورک ایسڈ کا افزا کم کر دیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کر دیتی ہیں۔ لہذا معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کی مقدار کم ہو گوشت کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیدائش کی تہیج ہو اور پچسہ کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں، اناج (cereals) یا پھلوں اور ساتھ ہی مکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر معدی رس کا افزا نہایت افراط کے ساتھ ہو تو ابتداً شحم دے اور اس روغن تینوں یاروغن کے اندر سارڈین مچھلیاں مکہ کے ساتھ دی جائیں، اور ازاں بعد گوشت اور اناج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افزا کو کم کرنا طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائڈروکلورک بن جانے کے بعد اس کی تبدیل دواؤں کے ذریعہ کی جائے۔ لچھی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے، اور مکن ہے کہ لچم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابل برداشت ہوتا ہے۔ مچھلی جس کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی، عموماً سب سے زیادہ قابل

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید اصابتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جاسکتا، اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا تھوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فعل بہترین طور پر انجام دیتا ہے، اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہوتا ہے تو دریا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اس واسطے غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ بلکے سے ناشتے اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہئے:۔ صبح کے وقت سوکر اٹھنے کے بعد، صبح کے درمیانی وقت میں، ۴ بجے شام کو، اور رات کو سونے سے پہلے۔

غذا کے مابین حصہ پر دو نقطوں سے نظر ڈالی جاسکتی ہے۔ اولاً سیال کا وہ حجم پئے جو غذا کے ٹھوس حصے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے انسب (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہئے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں ایک پنٹ یعنی ڈیڑھ پاؤنڈ تک لیا جاسکتا ہے۔ مزید سیال جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے، وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاؤیا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہئے۔ جامدات اور مایعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی سچا یا کو کو ہیں، اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا بھی ہے۔ الکحل نہیں لینا چاہئے۔

سوہ ہضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتائج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر آرام کرنا ضروری ہے، اور انہیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہئے یہاں تک کہ ان کا وزن پھر اتنا ہی ہو جائے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ، اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے، اور غذائی مقدار قاعدی احتیاج کے معادل ہو۔ علاوہ ان میں سوکر اٹھنے کے بعد، ۱۱ بجے صبح، ۴ بجے شام کو، اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک میر دو چھٹا ٹک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ۔ یہ صرف اسی وقت تجویز کی جائیں جب کہ غذا کی بہ احتیاط تنظیم

کرنے کے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیزہ CO ہے، جو معدے کے اندر آزاد کرائی جاسکتی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے دروں معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں:۔ (۱) سوڈا ابائی کارب۔ گرین ۳۰، فیسڈہ جتھیا نہ مرکب تا بعد ایک اونس۔ (۲) سائٹرک ایسڈ، گرین ۳۰۔ آپ کلورافارم، تا بعد ایک اونس۔ ڈکاریوں کا اعظم اثر حاصل کرنا ہو تو سپہلے آمیزے کے بعد فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک ٹی سپون فل لینے کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک ٹی سپون فل لیا جائے اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ درویا تکلیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا ابائی کارب کے بجائے تیار شدہ کھرب

(prepared chalk) اور میگنیشیا کارب (mag. carb.) کے مساوی حصول کا ایک ٹی سپون فل قدر سے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جاسکتا ہے۔ میگنیشیا کارب 338 اُس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا ابائی کارب تنہا دیا جاتا ہے تو در دفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً یقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO_2 آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا ابائی کارب کی قوی خاصیت کی وجہ سے۔ سائٹرک ایسڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے اور دوران ہضم میں دفعۃً معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تبدیل کر دینا غالباً بہت سی اصابتوں میں ایک خراب مزاوت ہے۔ اگر CO_2 کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیشیم آکسائیڈ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ جہاں یہ شبہ ہو کہ غٹائے مخاطی میں ضررات موجود ہیں، وہاں ان ضررات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی حفاظت کرنے کے مقصد سے بسمتھ (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انھیں خاصی بڑی مقدار میں، مثلاً ۲ تا ۴ ڈرام کی مقدار میں لعاب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہئے۔ سو، ہضم کی بعض اصابتوں میں مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ، ایک ڈرام تک کی مقداروں میں، پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے کھانے کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت رنجیت کے ساتھ چہرے کی تمنا ہلٹ موجود ہو، جیسے کہ گلابی کمی کی اصابتوں میں۔

دوسری دوائیں جن کو کاسیر ریاح کہتے ہیں، زمانہ دراز سے لی گئی ہیں اور ان کی طبیعت ہے۔ وہ یہ ہیں: - سال وولٹائل (Sal volatile)، کچلہ کا صبغہ (tr. nucis vomicae) اسٹریکنین (strychnine)، عرق الذہب (iphecacuanha) نسیاتی مُریات (vegetable bitters) جیسے کہ کیالہبا کی جڑ (calumba root) اور طیران پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے - شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی مدد ہضم ہے اور غالباً اناعل خراش مقابل کی طرح، معکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کر کے کرتی جو حرارت کا استعمال کھانے کے بعد گیمگی ٹیسٹو (Gangee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر، یا ایک چھوٹی نقل پذیر گرم پانی کی تھیلی یا برقی یا معمولی پولیسٹروں یا پلستروں [جن میں انیٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھر موجن وول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وساطت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعده (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افعال حرکت کی قلت ہوتی ہے، صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید و حاد غیر علاج پذیر درد معدہ کی اصابتوں میں معدے کے اندر ایک نلی گزارنا چاہئے تاکہ دباؤ کم ہو جائے۔ یہ ماریفادینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے، لیکن بعض اوقات ماریفادینا گزیر ہو جاتا ہے۔

بلع الہوا

(aerophagy)

بلع الہوا یا کثرت ہوائی گھٹنے کی حالت ریخی سوء ہضم کی ایک قسم پیدا کرتی ہے گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبی طور پر یہ کسی معتد بہ حد تک نہیں واقع ہوتا، کیونکہ معدی اقیہ بہت تڑپتی ہوتی ہے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹہرتی ہے۔ معدہ کا سرطانی سلسلہ جو بوائی صبیق (pyloric stenosis) پیدا کر دیتا ہے، وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیر کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس حالت میں صہت تڑپتی اور غذا کا رکود و دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبی طور پر غذا کے ساتھ کسی قدر ہوائی گھٹتی جاتی ہے جو لاشعاعوں کے ذریعہ معدے کے اندر

دائیں ڈایا فرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ طبعی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قزع کرنے سے چل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقداریں تنگی جائیں، اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب - بلع الہوا کی اصابتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں :-

- ۱۔ سوء الہضمی - اسے اس طبعی میکائیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 335)۔
- ۲۔ خراب عادات - یہ سورہ ہضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اسی سے پیدا ہو جائے۔ مریض کسی قدر تکلیف محسوس کرتا ہے، جیسے کہ شرا بیض میں تنگی یا پُری کا احساس، اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکارے کروہ اس میں تسخیف پیدا کر سکتا ہے۔ تکلیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے، یا حادثہ ہضمی یا حادثہ قرحہ، یا کسی دوسری بیماری کے حملہ کا نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدلتو رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا، اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکارے کر تسخیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دو بار اور کرتا ہے، یہاں تک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس خارج ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہی دور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا ہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سیکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں، جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک وبال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "قلص" ("tie") ہے اور اکثر سٹریائی ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں ہوا معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مری کے اندر چوسی جتا کر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری اصابتوں میں ہوا ہضم

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳۔ افراطِ رقیق۔ اس کا سبب یہ ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض سے دن بھر برا بر نکلنے رہتے ہیں اور ساتھ ہی ہوا بھی نکل جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں :- شرابِ سیف میں پُری اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدد و ڈکاریں، ہچکی، عدم اشتہا، قے، بعض بے ہوشی، اختلالات بھی بلع الہوا سے منسوب کئے جاسکتے ہیں، یعنی چہرہ کا امتلا، دردِ سر، جسم کا گرم ہو کر تمتمنا جانا، اختلاج، سرعتِ ضرباتِ قلب، متزاد انکماشات اور مری میں پیدا ہونے والے سخت القوی درد۔ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا تجربی تمدد پیدا کیا جائے تو مری کی حرکت دودھ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے عارضی طور پر اثنا عشری کے پہلے حصے میں دیکھا جاسکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے بلبوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہو جاتی ہے اور اس طرح اس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مری کی راہ سے گوزن کر نکل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اس کے گزرنے وقت اکثر قفل کی آواز پیدا ہوتی ہیں جن کو قراصع کہتے ہیں۔

تشخیص۔ معدے اور امعاء کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لاشعاعوں سے دیکھی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج۔ سورہ البضیٰ قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورتِ حالات سمجھا دینی چاہئے اور اسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم نکلنے کی ہدایت کرنی چاہئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے منہ میں ایک سگریٹ کی منہ نال (cigarette-holder) پکڑے رکھنے سے یا غصروفِ درقی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گلو بند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان ذرائع کی وساطت سے وہ نکلنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو سترکنا یا چسکنا نہ چاہئے بلکہ ایک گھٹائے کے تنگے میں سے لینا چاہئے۔ انذار اچھا ہوتا ہے۔

ہسٹریائی امابتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے (ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

سقوطِ المعده

(gastroptosis)

احتشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق بڑو تو اس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوطِ المعده کا تہنا پایا جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات وہ احتشاء کی عمومی گراوٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جسے سقوطِ الاحشاء (visceroptosis) یا مرضِ گلیٹنارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اس مرض میں ممکن ہے سقوطِ کبد (hepatoptosis) (۴) سقوطِ طحال (splenoptosis)، سقوطِ کلید (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹) اور سقوطِ قولون (coloptosis) (۴) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراوٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ ان احتشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احتشاء گر پڑتا ہے، لیکن سقوطِ المعده کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی، کیونکہ معدے کی چوٹی علی طور پر ہیئت ڈایا فرام سے متناس رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنی یہ احتشاء لبا ہو جاتا ہے۔ ڈایا فرام کی گراوٹ سناؤ ہی واقع ہوتی ہے (2)۔

اسباب - صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوطِ المعده بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنی لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں تنگنی عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بحیم نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، ان کے نسبت اکثر یہ ان عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انکشاف حاد فوری حیثیت یا التہاب زائدہ و ودیہ کے بعد یا شکم کے جراحی عملیہ کے بعد، یا دماغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوطِ المعده پیدا کر سکتی ہے۔

علامات - قبض سب سے زیادہ عام ہے (۶۷) پھر شکم کی تکلیف (۳۵) ریجیت (۴۵) نقصان توانائی (۴۴) درد شکم (۴۳) وزن کا کم ہو جانا (۳۶) درد سر (۳۱) متلی (۲۴) اور لپیتی (۲۴) - سینہ کی جلن کسینقہ رمیز ہوتی ہے - یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تفرح سقوط المعده میں ان اصابتوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکمی علامات کے ساتھ معدہ طبعی محل وقوع رکھتا ہو لیکن لاشعاعی مناظر سے اس امر کے طرف اشارہ ہوتا ہے کہ اثناعشری تفرح (۲۳) کسینقہ زیادہ عام ہوتا ہے - پیٹری سے دھکی ہوئی زبان (۴۶) ناکافی دانست (۳۳) جو فیزی سیلانیکم (pyorrhoea alveolaris) (۱۹) عام تھے - عام عقیدے کے خلاف معدی بیش تر شکلی کثیر الوقوع تھی (۴۹) لیکن کم تر شکلی بھی تھی (۲۱)۔

تشخیص - سقوط المعده کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد ریض کو انتصابی وضع میں رکھ کر لاشعاعوں کے ذریعہ سے دیکھا جائے - طبعی حالت میں انحنائے صغیر حرقعی عرفوں سے اوپر ہوتا ہے اور انحنائے کبیر ان سے نیچے - جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انحنائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتہائی اصابتوں میں وہ ارتفاع عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱ صفحہ 340) - جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے ؟ معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تندہ رستی کی حالت کا منافی نہیں اور ایسے علامات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328)۔

سقوط المعده عموماً قلت تنش (۷۱) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور یہ غالباً علامات پیدا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے - قلت تنش کا ثبوت غیر شفاف کھانے کی تنو سوسی - سی کی مقداریں متواتر دینے سے حاصل کیا جاسکتا ہے - طبعی حالت میں عصندہ اس کا تعامل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استوانہ کو ایک مستقل بلندی پر متایم رکھتا ہے (شکل ۴۸ الف ۱ اور ب میں م ن) خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار بچھ بھی ہو لیکن جب معدہ میں قلت تنش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ نہ نشین ہو جاتا ہے اور

۱۰ توہین میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ سقوط المعده کی غیر پیچیدہ ۱۰۰ اصابتوں میں جن میں شکمی علامات موجود تھے کتنی اصابتوں میں یہ علامتیں موجود تھیں (26)۔



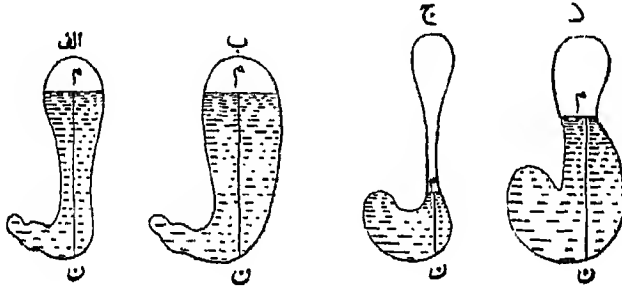
ایک گرے ہوئے یا اطالت پذیر معدہ کی شدت انگاشت جو کہ یریم سے بھرا ہوا ہے انخنا، کبیر کا زیرین حصہ حوض میں ارتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقعی عرف سے بہت نیچے ہے۔ معدہ کا بالائی حصہ نظر میں آتا لیکن معدہ کے وسط کے قریب درون تنگ نظر آتا ہے۔ یہ اطالت پذیر معدہ کی دیواروں کے ٹنک پڑنے کی وجہ سے ہے۔ ریت گھڑی معدہ کی طرح اس میں کوئی شیخ یا ندبی انقباض نہیں جب معدہ گرتا ہے تو اس کا حجم طبعی سے زیادہ ہو جاتا ہے، گویا یہ ایک قسم کا متسع معدہ بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جو کہ بوابی ضیق کے ساتھ متلازم ہے ایک بالکل دوسرا منظر نظر آتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہجرت سے)



ایک بیش تنشی معدہ کی شعاع نکاشت۔ یہ ایک چھوٹا سا معدہ ہے جو کہ بیریم سے بھرا ہوا اور شکم میں وار پار عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے بیشکم میں بہت بلندی پر ہے اور رقیفی عرفوں سے جو کہ تصویر میں دکھائے نہیں گئے بہت اوپر واقع ہے۔ اٹنا عشری کا اول حصہ معدہ کے بوابی سرے کے پیچھے چھپا ہوا ہے۔ بیریم کا تھوڑا سا حصہ گزر چکا ہے اور نیچے نظر آ رہا ہے۔ معدہ کے قعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا بلبلہ جو کہ بائیں ڈایا فرام کے عین نیچے نظر آتا ہے معدہ میں سیال کا بالائی لیول جو کہ انقی ہے ہوا سے نیچے نظر آتا ہے۔ (مسٹر ڈیولڈ سے لاک کے لئے ہونے صفحہ سے)

بعد کے حصے معدے کو ایک تھیلی کی طرح پُر کر دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج اور ۵)۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۵۷) اور لاشعاعی شہادت سے اکثر پتہ چلتا ہے کہ زائدہ دودھ کی غیر طبعی حالت (۵۹) قولون میں تاخیر (۶۶) سقوط القولون (۶۷) اور لفافہ رگود (۶۸) موجود ہے۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلت تنفس کے باوجود معدے کے حرکات دودھ کا علی پائے گئے۔

تحریر کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بھر باقاعدہ ورزش کی جائے ہتنگ کارسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل



شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں یا خانہ جانے میں پابندی وقت کی عادت ڈالی جائے اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علامات سورہ مضم کے طرف فوری توجہ کی جائے۔

سقوط المعدہ کی ایک سرری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خط وسطیٰ میں دبانی سے درد پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ہم زماں طور پر ارتفاق عانی سے عین اوپر دبایا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - نسبتہ تخفیف امابتوں میں ممکن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہ ہو اگرچہ ان میں بھی عضلات شکم کو جناسٹک یعنی اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزش گھوڑے کی سواری یا پھلکتی یا شمشیر زنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے۔ شکمی و لک اور بجلی بھی مفید ہو سکتی ہے۔ زیادہ نمایاں امابتوں میں ایک پیسٹ

مسل دن بھر پیسے رہنا چاہئے۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاق عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی ابھری ہوئی گدی رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے۔ جہاں عمدہ بہت تسخ ہو، ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی تھوڑی مقداریں یعنی چائیں اور کھانے کے بعد مریض کو دائیں کروٹ پر لیٹ جائیگا پاؤں اور ہاتھوں کے بل چلنا چاہئے، جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہوگی۔

341

ہسٹیریا ئی قے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریا ئی مظاہر کی طرح، ہسٹیریا ئی قے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہو جاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہو جاتی ہے تو یہ قے ایذا کی وجہ سے جاری رہتی ہے۔ وہ قے جو حمل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہو ا کرتی ہے، ایذا پذیر افراد میں اسی وجہ سے جاری رہ سکتی ہے۔ اس قسم کی قے التهاب زائدہ دوریہ کے حملہ کے بعد اس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائدہ دوریہ جراحی علیہ کے ذریعہ سے خارج کر دیا گیا ہو۔ دوران جنگ میں ”گیس زدگی“ کی علامتوں میں سے قے ایک علامت تھی، اور بہت سی اصابتوں میں ہسٹیریا ئی قے پیدا ہو گئی۔

علاج۔ دوسری ہسٹیریا ئی اصابتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہئے۔ مریض کو اصلی صورتِ حالات سمجھا دینا چاہئے۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذائیں جو ابتداء قے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ بذریعہ ایذا اس حالت کو جاری رکھیں، اب بند کر دینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہئے۔ عمیر العلاج اصابتوں میں معدے کی راہ سے اشناعشری میں ربر کی ایک پستلی نلی گزار کر مریض کو غذا دیا جاسکتی ہے۔

دوری قے

(cyclical vomiting)

بچی اور ہینتالی مزاوالت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتاً عام ہوتی ہے، اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے ”مصر اے کے حملوں“ (”bilious attacks“) کی تشخیص کے تحت نظر انداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منسوب کر دیئے جاتے ہیں۔ اس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہو کر تے ہیں، اور ذہنی یا دماغی ہیجان (جیسا کہ حیلوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے) سرایت (جیسے کہ زکام یا التهاب لوزہ) زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں) یا بٹنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگذشت ہوتی ہے، اور اس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے، اور وہ متبعض غفلت، شحوب، عصبی مزاج، شب بولی (nocturnal enuresis) پھٹی پن (backwardness)، کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات - حملہ دفعۃً شروع ہو جاتا ہے۔ علامات جو دو یا تین دن تک جاری رہتے ہیں، یہ ہیں: کسمندی، غمگوئی، درد سر، قے، اور انبساط، ارتفاع حرارت جو ممکن ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے، پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ درد شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقفی حفرہ میں ہوتا ہے اور بعض اوقات اس کے ساتھ الیمیت اور استواری ہوتی ہے، چنانچہ التهاب زائد دودیدہ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں پاخانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہوا کرتا ہے۔ مریض کی قے اور سانس دونوں میں اسیٹون (acetone) کی بو آتی ہے اور فارورہ کے اندر اسیٹون اجسام (acetone bodies)، یعنی اسیٹون اسیٹو اسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid)، بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیتونیت حملہ کے آغاز میں قے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہو سکتی ہے۔ اگر قے جاری رہے تو بچہ جلد ہی دُبلّا ہو جاتا ہے، اُس کا شکم باز کشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے اور آنکھوں میں گڑھے پڑ جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حملہ مہلک ہوتا ہے اور دردمز ہڈیاں، بیچینی، تشنّات کے ساتھ مہوٹ یا کیتونیت کی وجہ سے قوما ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)۔ مہلک اصابتوں میں جگر یا معمولی شحمی اعصاب کی حالت میں پایا گیا ہے۔

اھرا ضنیات۔ بعض اصابتوں میں قلیل شکر و مویت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقدار میں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مشاری کے تہج کے ذریعہ سے ایڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے، اور یہ کمزور شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور بالآخر جگر کی گلائیکوجن کو گلوکوز کی شکل میں بہ افراط منتشر کر دیتا ہے، جو جسم کے اندر بہ سرعت حل جاتا ہے۔

تھریز اور علاج۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ بہ افراط شکر دی جائے۔ اگر بچہ بے ہوش ہے تو ہنی صدی ڈکسٹروں (dextrose) ایک افسی انبوہ کی راہ سے جو کہ لبواب یا اثنا عشری تک داخل کر دیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور معادہ متقیم کی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات، سوڈا بائی کارب، وغیرہ دے کر کرنا چاہیے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

معده اور اثنا عشری کا ماوانساع

342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدلہ۔ اس قسم کی اصابتیں نسبتاً نادر ہیں، اگرچہ اب بہت اصابتوں کا اندراج ہوا ہے۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا۔ ان کی غالب تعداد میں تسد و کا کوئی صریح سبب نہیں ہوتا، لیکن بعض اصابتیں معدے کو حد سے زائد بھرنے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہو گئی ہیں۔ کثیر المقدار گیس جلد پیدا ہو کر معدہ اسی طرح پھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیڑ کا پہلا معدہ (rumen)

ہرے گہوں کھالینے کے بعد۔ چند اصابتیں تضرر لگنے کے بعد واقع ہو گئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں معدی عضلہ مشلول ہو جاتا ہے، اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں جراحی اعمال کے بعد ہوئی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدی حس (anaesthetic) دو باعث مرض ہے، بالخصوص جب کہ وہ ایقصر ہو، کیونکہ اس معدی حس کے ساتھ مریضوں کے ہوا نکل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو قے ہونے لگتی ہے جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے بھورے یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکال دیتا ہے۔ کس کے ساتھ معدی تکلیف، درد، اور آلمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بائیں اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن شرییف نسبتاً چپٹا ہوتا ہے۔ صریح حرکت دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔) تھا مپٹن کی جمع کردہ چوالیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گمک، موج، اور چھلکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہو جاتا ہے، اسے پیاس لگتی ہے، پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے، اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد معدہ بے انتہا متمد ہوتا ہے اور نیچے عائد تک پہنچ کر اپنے اوپر خم کھاتا ہے اور اس کا ایک حصہ اثنا عشری کے طرف دایس لوٹتا ہے۔ بعض اوقات تمدد کچھ دور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

بکس (Box) اور وائیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اتساع جب ایک بار شروع ہو جاتا ہے تو متمد و معدہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک ثنیہ پیدا کر کے اس سے ایک تمدد پیدا کر دیتا ہے، جس کی وجہ سے معدے سے گیوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اتساع میں اور زیادتی ہو جاتی ہے۔ اور گیوں جتنی زیادہ جمع ہوتی ہیں اتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج۔ ایک تلی داخل کر کے معدے کے مافیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں نکال لینا چاہئے۔ مریض کو منہ کے بل لیٹنا چاہئے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اٹھادینا چاہئے تاکہ کوئی ثنیات جو موجود ہوں سیدھے ہو جائیں۔

اثنا عشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ اساریتی عروق کے ذریعہ نئے تسنی پیدا ہو کر خواہ اس کے ساتھ اثنا عشری صائی عوجہ کے قریب شنج ہو یا نہ ہو، تمد پیدا ہو جاتا ہے۔ اثنا عشری کے اتساع کی ایک مزن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں، اور اس کے ساتھ سوء ہضم کے علامات، تمد و شکم اور صفراوی قیے بھی ہوتی ہے (۳۸)۔

التهاب المعده

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

حاد التهاب المعده

(acute gastritis)

اس بیماریب۔ معدہ کا حاد التهاب یا حاد معدی نازات مختلف اقسام کے خراش آندوں کے ذریعہ پیدا ہو سکتی ہے۔ معدی التهاب کی شدید ترین قسم قوی مونی ترشوں یا دوسرے اکالات سے تسم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اصابتیں ناقابل ہضم غذا، مثلاً جمید کا مچھلی، کیکرے یا کھیرے، دارمچھلی، یا کچے پھل، یا ایسے گوشت، مچھلی، پھل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذائیں جو سڑنے لگی ہوں کا استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیرخوار بچے اکثر التهاب المعده میں مبتلا ہوتے ہیں، جس کے ساتھ التهاب المعادہ متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی نازات، جو حاد معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں، حاد التهاب المعده کی ایک قسم ہیں۔

مرضی تشریح۔ آلیکسیس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور

اصابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ غنائے مخاطی کی خراش کے بعد جلد ہی تغیرات نمودار ہو جاتی ہیں۔ سرخ و اسفہ پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات دہی مواد سے بھر جاتے ہیں یا سرخ چمکیاں، یا قلعائی پٹریاں یا خراشید گیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی رس کا افراز کم مقدار میں ہوتا ہے اور مخاط آزادانہ خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات خفیف ترقی بھی

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال تسہم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ شرییف میں حادہ اور آکسیت، تھن اور مخاط کی قے اور سہوٹ۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اساتیس مہمیا ت کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حادہ التهاب المعده کی اس اساتیس میں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ حادہ مہم کے شیرخواروں کے معنی و معانی التهاب کا بیان بعد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تپہ خمرہ، انفصہ، زہرا اور التهاب سبب زائدہ و زیدہ (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حادہ التهاب المعده کی صورت اختیار کرتا ہے۔ علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہئے۔ ازال بعد غذا اس قسم کی دینی چاہئے جیسی کہ ہضمی قرحہ کے بیان میں مدج کی گئی ہے۔ درود کے لئے گرم نمکدات یا پولٹیس کام میں لائی جاسکتی ہیں یا نہایت شدید احاثوں میں مارشیا کا مشرب کیا جاسکتا ہے۔ اس واسطے بعض اوقات مسلسل قے میں اتنا قہ زور جائے گا۔ بمقتہ اور ایک فارجرعہ (ملاحظہ ہو صفحہ 337) یا آیلوڈین کے ہضمیہ اور یا سوڈو ایک چائے کے پیچھے بھر پانی میں برنڈنہ گھنٹے سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ کے شروع میں سٹیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ معدے کو دھو ڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حادہ تھجی التهاب المعده (acute suppurative gastritis)

یا فلعہونی التهاب معده (phlegmonous gastritis)۔ معدے کی دیواروں کا تھج ایک نہایت شاذ واقعہ ہے جو یا تو ایک محدود خراج کی شکل میں یا ایک ریمی در ریش کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حادہ مہمی (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں اور ساتھ ہی شریف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

مزمن التهاب المعده

(chronic gastritis)

بوجہ اُن سر میں تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اُس کا بعد المات ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی کثرت و تحقیق کا موضوع رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندر انی صدی فارلین کا اشراب کر دینے سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمن التهاب المعده دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا ہے :- (۱) جوئے خون کے ذریعہ سے اُن سہی یا ساری علامات سے جو پوری معدی سطح کو مآؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) بلا واسطہً ایسے مضر علامات کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درون میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التهاب المعده (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا بوابی حصہ مآؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوسری کسی جگہ کے نسبت اسی حصہ زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک کا وافر افراز ہو، اور یہ افراز کھانا معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے۔ بے ترشگی مزمن التهاب المعده کا آخری نتیجہ ہے۔ ”معدی بے کیلوسٹی“ (achylia gastrica) کی اصطلاح اس خیال سے رائج ہو گئی تھی کہ بعض اشخاص بنیاتی طور پر ہائڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افراز پیدا نہیں کر سکتے اور کسری امتحانی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ ہم فی صدی تندرست طلباء اس طرح مآؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندر تندرست مقرر ترشہ خلیے موجود ہوں اور اُن کا کوئی فعل نہ ہو۔ مزید برآں اس وقت بھی جب کہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے، پیپسین (pepsin) اور کلورائیڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۷) اور غالباً تھوڑا سا ہائڈروکلورک ایسڈ (active HCl) بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے بعض اصابتوں میں یہ بے ترشگی حد سے زائد اثناعشری باز روی کے سبب سے ہوتی ہے (14) یا ممکن ہے کہ افراز کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی امتحانی غذا جو فی صدی الکحل پر مشتمل ہو دینے کی

ضرورت ہو تاہم ہستامین (histamine) کے ۵۔۱۰ ملی گرام کا اشتراک کرنے کی ضرورت ہو۔
متصل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہو سکتی۔ لہذا شدید عام دمویت یا
سرطان المعده کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التهاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ
ذیابیطس اور گریو کے مرض میں عام ہے۔

اسباب۔ مزمن التهاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں
میں حاد ساری امراض اور بالخصوص حاد معدی ہوی التهاب سے مزمن خون زاد التهاب المعده
پیدا ہو سکتا ہے۔ اور بالغوں میں یہ مختلف حاد معدی سرایتوں مثلاً زحیر
حمیات معدیہ التهاب زائدہ دودیہ نیز ریوی تدرن گریو کے مرض پلاگرا رثیت نما
التهاب مقاصل اور محل کے قسمات الدم کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ التهاب المعده کی بوابی قسم
ایسی غذا کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو ادویہ اور خاص کر الکحل کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔
یہ علامات پہلے تو بامؤثر و کلورک ایسڈ کے افزائش کی پہچ کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ
بہ افزا پیدا ہو جائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التهاب معدہ سارے
معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے پایا گیا
ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

344

مرضی تشترک۔ خون زاد قسموں میں ابتدائی التهاب اپنی موجودگی مدور خلیوں
کی در ریزش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غد
ذبول ہو جاتے ہیں اور ان کی جگہ آریکی بافت پیدا ہو جاتی ہے یا بعض مقامات پر غد
دوبیری ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات معدی سر حلقہ معہ جام نما خلیہ اور بلکہ معہ غلا بکر
(Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہو جاتا ہے۔ جرابی التهاب المعده (follicular
gastritis) میں تمثیل لطف اس اجزائے کی تکوین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات بوابی قسم
میں بھی واقع ہو سکتے ہیں لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح جلد وار ہو بلکہ
ایک باقاعدہ سدائیت ظاہر ہو اور اوپری تمام نکلات عمیر ہوتے ہیں۔

علامات۔ خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں :- ریحیت، قبض یا
اسہال یا باری باری سے دونوں زخمی زبان، مذبول حلیموں یا تفرح کے ساتھ جیسی کہ
متنلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، نکان، انخفاض بے خوابی اور شقیقہ لیکن یہ کہ

سورہضم کی علامتیں بالکل ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی موجودگی کا انحصار التهاب کی خالیت پر ہوتا ہے۔ پانانہ میں مخفی خون پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس بوابی التهاب المعده بالکل ایسے ہی علامات پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ ایک مجاور البواب قرعہ (جو ملاحظہ ہو) کے ہوتے ہیں اور ساتھ ہی ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراد معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے اور درگسگی بلکہ قے الدم وجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرعہ کے باعث بذریعہ عملیہ دور کر دیا گیا ہو تو اس کا خردین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التهاب المعده بلکہ التهاب اثنا عشری موجود ہے، جو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ہضمی قرعہ اکثر اوقات محض اسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التهاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے، خردخلوی عدم دمویت (سادہ عدم حامضی عدم دمویت) متلف عدم دمویت اور خلع شوکی کے تحت الحاد مجموعی انحطاط کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ یہ سرطان معدہ کی ابتدا پیدا کرتا ہے، لیکن یہاں جو وقت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبت زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تشخیص۔ بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سورہضم جو پیش افرا کے ساتھ متلازم ہو التهاب المعده سے، اور بالخصوص اس کی بوابی قسم سے منسوب کیا جاتا ہے، بے ترشگی کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کر دئے گئے ہوں۔

علاج۔ بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام ہائڈروکلورک ایسڈ مرقق (acid hydrochlor. dil.) چار آونس پانی میں کھانے کے ساتھ دینا چاہئے۔ سورہضم کے علاج پر پہلے غور کیا جا چکا ہے۔

ہضمی قرعہ

(peptic ulcer)

معدہ اور اثنا عشری کا قرحہ

ترشہضی سس کے ساتھ عادات متناس ہوئے والے مخاطی غشہ پر تقرع واقع ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے۔ ایسے قروح کو بہ لحاظ سہولت ہضمی کہتے ہیں، اور ان کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ حاد قرعہ (acute ulcer) جو نہایت عام طور پر متعدد ہوتا ہے،

شکل میں غشائے مخاطی کے ایک چھوٹے سے اوپری تاہل سے لے کر ایک انچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی ان کے محل وقوع کے لحاظ سے کی جاسکتی ہے :- (۱) جسم معده میں عموماً انحنائے صغیر پُر اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پچھلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً انحنائے صغیر اور پچھلی سطح پر لیکن پھیلنے پر طبقہ بوابی سے ۱/۲ انچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہئے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترشی کیسوس بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیلی جاتی ہے، اور جب تک کہ حرکت دودھ کی دوسری موج کچھ اور کمیوں آگے کے طرف نہ دھکیلے جو اس کی جگہ لے وہ وہیں ٹھہری رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معده میں کے قروح اکثر تمیز خصائص رکھتے ہیں، اور ان قروح اور بوابی قروح کو محض اس وجہ سے کہ یہ دونوں اتفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں، ”معدی قروح“ کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گروہ بند کرنے سے بہت کچھ غلط سمجھ پیدا ہو گیا ہے حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتاً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر 345 ایک ساتھ مجاور البواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہئے معدہ اور اثنا عشری دونوں کے قروح بیک وقت موجود ہو سکتے ہیں۔

اسباب۔ حادثہ صغریٰ قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں اور غالباً مرد و عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتاً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معده کو موقوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں، اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ منحل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر منحل ہو جائیں۔ اس عمل کا تسلسلہ یعنی حادثہ ناخس تفرج ریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ مضمی تقرح عورتوں میں نہایت عام طور پر جسم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے، لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطے میں ہوا کرتا ہے اور اس قدر اچھی طرح منسلک نہیں ہوتا۔ اسی وجہ سے ہم پاتے ہیں کہ (۱) مزمن اثنا عشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چوگنے سے لے کر چھ گنا تک زیادہ عام ہوتا ہے، لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے کیونکہ بوابی خطے میں مذکر تقرح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی مونث کثرت وقوع کی تقریباً تعدیل ہو جاتی ہے اور (۳) قرحی نڈبات زیادہ عام طور پر جسم معدہ میں ملتے ہیں (33)۔ حال میں یہ اوجہ کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اثنا عشری قرحہ معدی قرحہ کی نسبت زیادہ عام ہے، لیکن یہ کہ التهاب مرارہ کے سلسلہ علامات سے اس کی مشابہت پائی جاتی ہے (29)۔ مضمی قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ بلا در وقتہ الدم جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی نضیض (gastrostaxis) کہتے ہیں، حادثہ قرحہ کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضررات اکثر اوقات اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ اعفیس نرنفی سادکلات کہتے ہیں اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشائے مخاطی تغلیر خون کا منظر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التهاب المعدہ کا اشتداد ہو جاتا ہے۔ مضمی قرحہ اور بوابی التهاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اثنا عشری قرحہ کا وقوع شیرخوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مرضی تشریح - حاد قرحہ - ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک اوپری تنخری ضرر موجود ہو جس کے حاشئے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی اعطی ہوئی اور دبیز چکیتی پر واقع ہو پھر اکہتاف واقع ہو کر اس کے پینڈے میں چھوٹے چھوٹے عروق متکشف ہو جاتے ہیں اور یہ پینڈا اکثر متغیر خون کی ایک پتلی سیاہ پرت سے ڈھک جاتا ہے۔ جب اندمال ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پینڈا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قروح ایک سنبہ کی ہوئی شکل کے ہوتے ہیں۔ نبتہ چھوٹے قروح بالکل اُتھلے ہوتے ہیں، کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو مآوف کرتے ہیں۔ نبتہ بڑے قروح چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

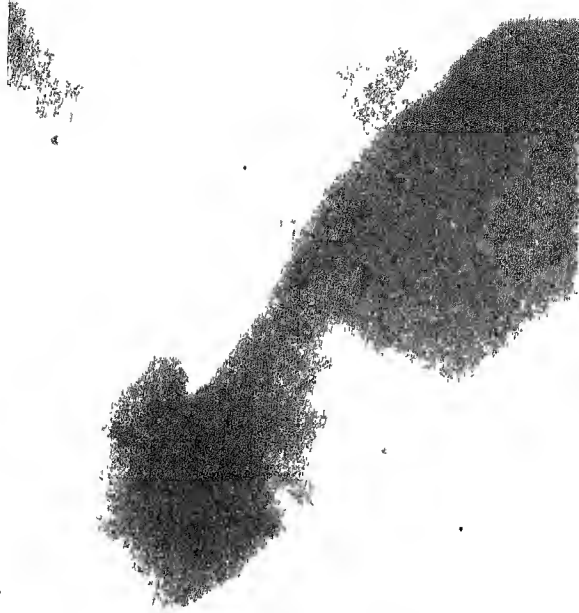
”نرمینہ نما ہوتی ہے کیونکہ قرعہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک چھید کر آجاتا ہے اسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے۔ مزمن قرعہ عموماً نسبت بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کا قطر ۱۰ انچ تک پہنچ جائے۔ وہ دیوار معدہ میں گہرا پھیلتا ہے۔ التهابی لٹمی آسا مادہ کی درریش ہونے کی وجہ سے اس کی کوریں دبیز اور آجھری ہوئی ہوتی ہیں اور متقرح سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں۔ اور دمازت تھوڑے خاصہ تک اس پاس کی غشائے مخاطی میں پھیل جاتی ہے جب مزمن قرعہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اس کے پیندے میں اغثنای التهابی ارتشاح کا ایک تنگ منطقہ ہوتا ہے جب وہ حالات اندمال میں ہوتا ہے تو عیشۃ علیہ ہو کر قرعہ کا پیندہ صاف ہو جاتا ہے اس کے ماحشیہ نسبت زیادہ چمٹے ہو جاتے ہیں اور سطح اندر کے طرف بڑھ کر پیندے پر آجاتا ہے۔ قرعہ نقن میں عمل اندمال ٹھہرا ہوا رہتا ہے۔

جب یہ تقرح باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون بھٹکر اشتقاق واقع ہو جائے۔ یہ اشتقاق معدہ اور اثنا عشری دونوں کی پچھلی دیوار پر بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے۔ حشائی مافیہ کہفہ باریطونی میں داخل ہو جاتے ہیں اور شدید عمام التهاب باریطون یا ایک زیادہ محدود المقام بھوڑا پیدا کر دیتے ہیں اگر د معدی خراج: perigastric abscess، یا سبھی ڈالفرامی پھوڑا subphrenic abscess: (ملاحظہ ہو صفحہ 416)۔ اب یہی پھوڑا ممکن ہے ڈالفرام کو چھید کر ذات الریۃ ذات الجنب یا التهاب تار مور پیدا کر دے یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے یا پھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفہ باریطونی میں بھوٹ پڑے۔ مزمن اشتقاق کی اصطلاح اس قرعہ کیلئے استعمال کی جاتی ہے جو ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا کر کے ضرور تک کہفہ باریطونی کے اندر ٹپکا رہتا ہے اس سے انفصامات بن کر خاص کہفہ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ انفصامات اس قدر کثیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں۔ معدہ اس قرعہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہوتا ہے اور بعض اوقات تاجہ صغیر کے بیشتر حصے پر شامل ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ التهابی عمل اس سطح تک پھیلتا ہے اور اس سے پہلے کہ اشتقاق واقع ہو سکے معدے کو متعدد اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے۔ یہ عضو بیشتر

اوقات لبلب یا جگر کا یا ایاں لختہ ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی ڈانفرام طحال، قولون، اگلی دیوار شکم، بلکہ فوق الکلوئی کیسے کے ساتھ بھی انفمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تقرجی عمل اس اعضاء کے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لبلب کے اندر کھینچ بن جائیں۔ نہایت سناؤ اصابتوں میں قولون کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا ہو سکتے ہیں۔ نرف ایک عام واقعہ ہے، جو بیشتر ان معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو قرحہ کی دیوار میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات لبلب کے ساتھ انفمام ہونے اور اس کا تقرج واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نرف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرحے بالکل اچھے ہو جاتے ہیں، چنانچہ اکثر جھوٹے جھوٹے ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں اور بار بار امتحان بعد المات میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ نسبت بڑے ندبات، جو دبیز اور تھیری دار ہوتے ہیں، خود بھی بے انتہا تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً بواب کے مقام پر یا اس کے قریب وہ اپنے انقباض سے ضیق اور اس کی وجہ سے اتساع معدہ کا پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوابی سرے کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک مہایت گھڑی انقباض قرحہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گہرے معدی انفمامات بعض اوقات درد اور کھنچاؤٹ کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرحہ کے تعلق پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضیات - بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ سمی مصل تیار کر کے اور معدے کی بار بیٹونی سطح کے نیچے اس کا اشراب کر کے حیوانات میں تجربہ قروح پیدا کئے۔ اشراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت لہ بودہ ہو گئے اور معدے کے ہائڈروکلورک ایسڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا، جس سے ایک حاد قرحہ بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قلوئی رکھا گیا تو قرحہ نہ بنا۔ انسان میں قدرتی طور پر واقع ہونے والے قرحہ کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جاسکتی ہے۔ لیکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ سمی مصل کا مائل کرتے ہوں، مثلاً سداوئیت جو کسی دوسرے مقام پر کے عفونی مرکز، مزمن طور پر تہب، زائدہ وعدہ یا مارہ عفونی و انتول یا وسیع بودہ سرائیت زدہ احتراقات کی وجہ سے پیدا



الف۔ مری کے زیرین سرے پر کا عطفہ۔ مریض جیتا رہا ہے۔



ب۔ انخاء صغیر پر معدی قرحہ جو کہ ایک طاقتور کے ذریعہ دکھایا گیا ہے۔ کچھ مقابلی شیخ
موجود ہے۔ (شعاع نکاشین مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

ہو جائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی طقیرت یا نزف، جو بعض اوقات بانی تسد کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ شاذ موقوفوں پر ممکن ہے کہ معدہ براہ راست کسی چوٹ سے زخمی ہو جائے، یا ایک اولیٰ بابی التهاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک ایسڈ اور پپسین تنخیزی بافت کو ہضم کر کے قرعہ پیدا کر دیتے ہیں۔ قروح بولٹن جو تخریب پیداکرے گئے، باسانی چند ہی ہفتوں میں اچھے ہو گئے۔ جب ان قروح کو برائشی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی، یا جانور کو عدیم الدم بنانے کے لئے اس کا خون نکال کیا، تو اندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب ان جانوروں (بلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی، یا بواب کی کسی قدر مسدودی پیدا کی گئی، تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہو جائے، تو اندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک ایسڈ دینے سے اندمال میں کیس قدر تاخیر ہو گئی، اور بواب کو جزو معدہ و کر دینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہو گئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بندریج متغیر ہو کر مزمن قرعہ بن جاتی ہے، جس کی مدد ممکن سبب ہو سکتے ہیں:— (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس تفسیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجاور البواب قرعہ کی حالت میں معدی صامی تغویہ (gastro-jejunosomy) کا عملیہ معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے، اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (30) (2) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے، جو درویا تکلیف کے احساسات پیدا کرتی ہے، اور یہ حرکات، جو کہ غالباً عضلات عاصرہ کی مسدودی یا بالائی غسٹائی خلیے کے مختلف حصوں کے شججات یا مزمن اثنا عشری ایلاؤس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، ممکن ہے اور بھی زیادہ اہم عامل ہوں، کیونکہ نسبتاً بلند درجہ کے دباؤ کے اندراجات حامل ہوئے ہیں (7)۔ لیکن ہے کہ ایک دائرہ خاصہ قائم ہو جائے، یعنی اولاً قرعہ بلند تناؤ پیدا کر دیتا ہے، اور وہ اس کے اندمال کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی معکوس مسدودی پیدا کر کے اس طرح میکانیکی عامل کو زیادہ مشہد کرتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کر دینا ضروری ہے کہ لوہہ تین اور مختلف منابع سے بہت قسبیت والے نغات سببیہ کی ایسی نیلیں جدا کی گئی ہیں جن کے وریدی اشربات جانوروں میں ہضمی قرعہ پیدا کر دیتے ہیں اور انسان کے قرحوں میں بھی یہی دقیق عضو یہ وقتاً طویل پر موجود ہوتے ہیں چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عصبیے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس مظہر کو انتخابی تجزیر (elective localization) کہتے ہیں (41)۔

ہضمی قرعہ کے ساتھ التهاب زائدہ دودھ اور التهاب مرارہ ہمزماں طور پر موجود ہو سکتے ہیں (شکلی منکث) اور تینوں اضرار سے ایک ہی نبقہ سببیہ تفرید کیا گیا ہے (29)۔

علامات - حاد قرحہ - متعدد اصابتوں میں پہلی دلالت قرعہ سے نزف ہونے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے۔ معدی قرحہ کی اصابتوں میں اکثر اس سے قیئ الدم یعنی خون کی قئے ہو جایا کرتی ہے اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی مافقیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شرا سیف میں ضیق کا احساس ہوتا ہے اور چند منٹ میں خون کی قئے ہو جاتی ہے جس کی مقدار ایک یا دو پیٹ تک ہو سکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچ جاتا ہے اس کی ہیوگلوبین (haemoglobin) متغیر ہو کر ہیماٹین (haematin) اور ہیماٹوپورفارین (haematoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر جوا جابتیں ہوتی ہیں وہ سیاہ، راب جیسی، یا نار کول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براز دم الاسود (melena) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجابتیں قئے الدم کے موقوف ہو جانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی قئے آنا شاذ ہی ہلک ہوتا ہے۔ عموماً وہ بکلم موقوف ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ مکرر نہ ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید درجہ کی عدم دمویت اور کمزوری ہو جاتی ہے۔ اثنا عشری قرحہ میں قئے الدم کا ہونا بھی ممکن ہے۔ لیکن رجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہ معائنہ براز دم الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ ہضمی قرعہ سورہضم کے علامات پیدا کر سکتا ہے جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی افزائی اطلاع بھی ہو جاتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔ قرحہ کے

۱۔ انتقاب سے شاذ ہی اس کی موجودگی کی پہلی دلالت حاصل ہوتی ہے۔

جسم محلہ کے مضمون قرحہ کا ممیز خاصہ دس دہے جو غضروف خجری کے عین نیچے، نثراسیف میں گہرائی پر محسوس ہوتا ہے، یا بعض اوقات ناف سے زیادہ قریب، یا خط درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو، اور بائیں کے نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے۔ یہ ادخال غذا سے پیدا ہو جاتا ہے، اور کھانے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قے ہونے تک شدت کے ساتھ جاری رہے، اور قے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے، یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں اتفاق ہو جاتا ہے۔ درد کی نوعیت، ناخسریہ ناقب یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دوسرے معدی عارضہ کے نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پشت میں آٹھویں ظہری اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان، بلکہ پیشانی پر بھی دار ہوتا ہے۔ درد کے ساتھ ہی، اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی پیشیت دیکھی جاتی ہے، یا اگر جلدی میں ہلکی سی تپشکی بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے۔ سوزش سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ 336) کسیندر عام ہوتی ہے، لیکن گرسنگی کے در و صرف ایک چوتھائی اساتوتوں میں ملتے ہیں۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہو جانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ ابتداءً جب سوزش معدے سے باہر چلی جاتی ہے (33)۔ ہائڈروکلورک ایسڈ کا انسراز طبعی پایا جاتا ہے (39)۔

مزمین مجاور البواب قرحہ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے۔ لیکن بعض اوقات درد ناف کے دائیں جانب محسوس ہوتا ہے، اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے، یا مریض کو علی الصبح جگا دیتا ہے۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، سیواسطے اس کو دس دگر سسنگی کہتے ہیں۔ اس مرض کی اساتبتیں دو قسموں کی ہوتی ہیں:۔ (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلد ہی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے۔ سکونی رس کی نمایاں تیز تر سسنگی ہوتی ہے، جو شاید اثنا عشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے، اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز تر سسنگی رس کا افراز طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔ (۲) جب کہ بواب

ابتداءً تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے لیکن بعد میں اس کا شنج ہو جاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی کس کا ہلکا روکڑو روکڑا ایٹھ ایک چڑھتا ہوا مٹھنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی طویل عرصہ تک افزائش اور پیش تر شنجی پائے جاتے ہیں۔ لیکن معدے کے خالی ہونے میں دیر ہو جاتی ہے اور قے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان متاثر ہو گئی ہو تو ممکن ہے کہ زخم شدید ہو یا جھلک ہو جائے۔ اس حالت میں قے کے ہونے خون میں اس کی شریانی چمک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہو جائے لیکن سرگزشت اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ نیم معدہ کے قرحہ میں، کیونکہ آغذا پذیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عموماً شدید تر ہو جاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن ہضمی قرحہ میں دوسرے وہ علامات بھی جو مزمن سوہضم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [جیسے کہ زنجیت (flatulence) اور تمد (distension)] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درونقے کی وجہ سے غذا کا تشل ناقص ہونا اور نقصان خون قدرتی طور پر جلد یا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کر دیتے اور عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور بھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور شہابی غیر موجود ہوتی ہے۔ تاہم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحان شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تنی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پرانے قرحوں میں جن میں دباؤ زیادہ ہو گئی ہو یا دوسرے اعضا کے ساتھ انفعال ہو گیا ہو، سلعہ ایسی کوئی چیز محسوس ہو سکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہو جائے تو ممکن ہے کہ قلس معدہ شناخت کیا جاسکے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶) اور مری حرکت دودیر موجود ہو۔

348

تشخیص۔ قیئہ الدم کے مریض میں جہاں زخم ہی واحد علامت ہو، ساری مبادی والے حادثہ کی تشخیص قائم کرنے سے پہلے کہ بہت جگر (cirrhosis of the liver) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا خیال ضرور کر لینا چاہئے۔ قیئہ الدم کو نفث الدم کے ساتھ یا کمبیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قے کے ساتھ خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔ مزمن ہضمی قرحہ کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملط ہو جانے کا

امکان ہو کر تا ہے وہ یہ ہیں :- سوئسٹم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں، سرطان اور مزمن التهاب زائدہ و دودید (زائدی سوئسٹم: appendix dyspepsia) یا وہ سوئسٹم جو حصوات صفراویہ (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی استحقاقی غذا اسے جو "آزاد" یا "خال" ہاڈروکلورک آئڈ کا بلند ارتکاز ظاہر کرے، بھادور البواب ترجمہ کی تائید ہوتی ہے۔ اس غذا میں خون کی نہایت خفیفہ سی مقدار کی موجودگی نہایت معنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے مخاطی کی خفیفہ سی اس ضرب سے پیدا ہو گئی ہو جو نلی سے واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن پانائوں میں نفی خون کی اور برازی خلاصہ میں ہیمافور فریڈن کے طیف کی موجودگی معدی یا اشتاعشری ترجمہ کی تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی ترجمہ کی تائید میں سبب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفافہ غذا کمانہ کے بعد لاشاعوں کے ذریعہ سے حاصل ہوتی ہے۔ اشتعائے صغیر کے قریب معدے کی کوریکیہ چھوٹا ابھار ایک قیف یا پھلی کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جسے طافچہ یا عطفہ کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ج)۔ اس ابھار کا انحصار قرحی کہفہ کے اندر معدی افسیہ کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر عمل اندمال میں وہ کہفہ مسٹر رہے تو یہ ابھار نہیں نظر آئے گا۔ معدے کی پچھلی سطح پر کا قرحی کہفہ اس وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو۔ اسکی تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھا چکے تو دیوار شکم کو ماتھ سے اس طرح ہٹا دیا جائے کہ کھایا ہوا غیر شفاف مادہ دیوار معدہ پر پھیل جائے۔ اس میں کچھ مادہ قرحی کہفہ میں چپ کر اس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر مضمض اصابتوں میں یہ ابھار اشتعائے کبیر کے ایک گہرے دندانے یا کٹاؤ یا ٹلمہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جو اسی لیول پر یا اس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے، اور شنج کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا ابھار کے یہ دندانہ تہا ہی نظر آئے اور اس کا محل وقوع متقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ نکالا جائے گا کہ قرحہ مندل ہو گیا ہے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ لینی بافت کے جلاؤ کی وجہ سے یہ تشوہ متقل ہو جائے اور ایک مذہبی مریت گھڑی معدلہ پیدا ہو جائے۔ یہ دندانہ اشتاعشری ترجمہ یا التهاب زائدہ و دودید کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے، لہذا یہ

بذات خود معدی قرحہ کا ششخص نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ معدے کے خالی ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے، تاکہ بوابی شخج اور اسی طرح مذہبی بوابی ضیق کا پتہ لگ جائے۔ ثبوت تعامل وازدسن سے یہ اشارہ ہوگا کہ معدی قرحہ آتشکی ہے، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ دافع آتشک مد اہیر اختیار کرنا چاہئے (38)۔

مزمن اثنا عشری قرحہ کی تشخیص اثنا عشری کلاہ کے لاشعاعی منظر سے کی جاسکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہتر بنا دکھلائی دیتی ہے۔ اس قرحہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں، کیونکہ ان کا انحصار کچھ تو قرحی کہف پر ہوتا ہے اور کچھ عظمیٰ طبقہ کے شخج پر (ملاحظہ ہو صفحات ۲۴ اور ۲۵)۔

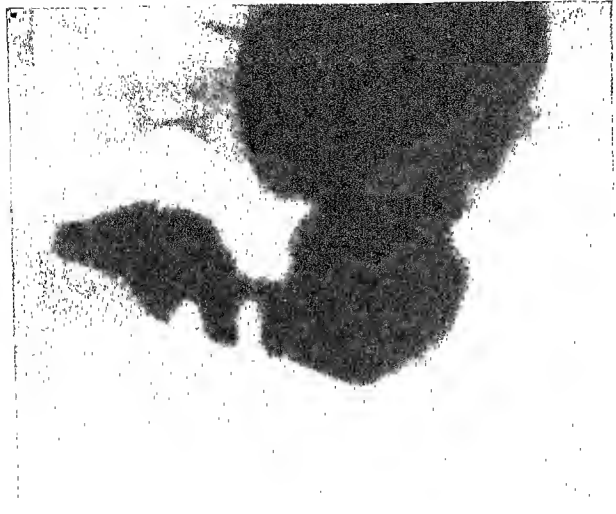
اثنا عشری کے عطفات، لاشعاعوں سے نظر آتے ہیں، اور نسبتاً عام ہیں۔ قرحہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جاسکتا اور بلاشبہ بعض اصابتوں میں وہ مندل شدہ قرحات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قرحہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکٹ، بالعموم ایک انگلی کی نوک کی جاست رکھتا ہے، اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور معاریں واقع ہو، لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مرارہ کے ساتھ انضمام ہونا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑنا، عطفات سے ملتے جلتے مسنطر پیدا کرتا ہے (34)۔

انذار۔ مزمن معدی قرحہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمن اثنا عشری قرحہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے ان کے سبب موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۱۵ فی صدی میں موت کا سبب انشعاب ہے، جو معدی قرحہ کے نسبت اثنا عشری قرحہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نزف، ۵ فی صدی میں طویل تردد کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۷ فی صدی میں علیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیپید گیاں سبب موت ہیں، اور ۱۰ فی صدی میں موت کے سبب کا قرحہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔ حاد قرحہ میں نزف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی ہلک ہوتا ہے، اور انشعاب بھی شاذ ہے۔ مزمن قرحہ میں نزف ہلک ہو سکتا ہے اور انشعاب کا ہونا غیر معمولی نہیں، لیکن ان پیپید گیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتا ہے



ب

ایک شعاع نکلنا کہ جو کہ آٹھ سو تری تھوڑا سا ہر کرتی ہے۔ آٹھ سو تری کا ایک تری کہہ سکتی ہو وہی کے باعث مشہور ہے جس کے ساتھ شیخ اور شایع انداز بھی موجود ہے۔ محدود کا ابھی صہ بھی تھا کہ کیا گیا ہے۔ (مستر ڈیوئلڈ سے لاک کے لئے ہوئے صفحہ ۲۵ سے)



الف

ایک شعاع نکلنا کہ جو کہ آٹھ سو تری تھوڑا سا ہر کرتی ہے۔ آٹھ سو تری کا ایک تری کہہ سکتی ہو وہی کے باعث مشہور ہے جس کے ساتھ شیخ اور شایع انداز بھی موجود ہے۔ محدود کا ابھی صہ بھی تھا کہ کیا گیا ہے۔ (مستر ڈیوئلڈ سے لاک کے لئے ہوئے صفحہ ۲۵ سے)

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ اس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ درد کی عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرعہ مندل ہو رہا ہے اور ایسی صورت میں یہ پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کے تحت جن سے علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو، بڑی سے بڑی جہامت کے مرن قروح کا اندمال واقع ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں ہسینوں لگ جائیں۔

علاج - مقاصد علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہئے کہ بستر پر لیٹ جائے، تبا کو نہ پیئے، اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو "آرام دینے" کی کوشش کا قدیم طریقہ جس میں مریض کو لگاتار ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی، بلکہ اس کے بجائے براہ معارف متقیم غذا پہنچائی جاتی، اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے مشہوراً نقباضات گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک مغالطہ پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثیر التوقع وقفوں کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے، لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دو وہ ہوگی، اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جاسکتے ہیں، بشرطیکہ مریض انہیں برداشت کر سکے۔ رائب (junket) اور بالائی، ارا روٹ، کسٹرڈ، آلو، یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذائے بخیر (Benger's food) نسخہ منقہ کی جلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتدا ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد مکی چائے، پتلی روٹی (bread) اور مکہ اور ٹوسٹ، پیسی ہوئی مچھلی، چوزے کا قیمہ، اور گوشت کا قیمہ بھی شامل کیا جاسکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے روغن زیتون کا آدھا اونس دیدیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کو کسی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مشاہرات کو باگ آٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن ہے۔ درد، استواری یا خانوں کے غنی خون اور قرعہ کی لاشعاعی شہادت کے جاتے رہنے لگے

چودہ روز تک بستر میں لٹا کر علاج جاری رکھنا چاہئے۔

بعضی قرحہ کے علاج میں قلیویات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں، اور طریقہ سپیپی (Sippy's method) میں اتنا تر متادیں دیکر معدی باقیہ کو ہمیشہ قلیوی رکھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قلیوی دی گئی ہے کہ جو التهاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اس امر کے متعلق کہ آیا معدی رس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرحہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے پہلے ہی شعبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہر صورت زیادہ معقول طریقہ یہی ہوگا کہ چربی بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دے کر بیش تر شکی کار و عمل کر دیا جائے۔ راقم الحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے، یعنی پری پیڑ چاک (prepared chalk) اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیڑ چاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دوہہ میں ہر کھانے کے بعد اور اس سے ڈگنی مقدار شب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کر کے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنالیا جاتا ہے۔ ان ادویہ کا مقید گل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جانے سے ہوتا ہے۔ مگر یہ کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم تر شکی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) بخور کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہونا چاہئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے، اور اس طرح قرحہ بھی تبدیل ہو جائے گا۔ درد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: ٹینچسیر بیلادونا۔ قطرے اور ایٹروپین کے اثرات بقدر بیلادونا، افیون تھوڑی مقدار میں، خلاصہ یا صغیہ کی شکل میں، یا لائیکر مارفینی، لائیکر وکلوریدی (liquor morphinae hydrochloridi)۔ ایسا قطرہ کی مقداروں میں۔ شدید اصابتوں میں تحت الجلدی اشراب استعمال کیا جاسکتا ہے، مگر جوں جوں کہ افاقہ حاصل ہو جائے عمل علاج بذریعہ افیون کو موقوف کر دینا چاہئے۔ شرامیف، پر مقامی لاسعات کا استعمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ مگر یہ کہ ان اصابتوں میں جن میں مذکورہ بالا طبی علاج سے

ورد اور تکلیف جلد دفع نہ ہو جائیں، ایک اشٹاعشریٰ آنبوبہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے۔ یہ آنبوبہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، اور یہ بالخصوص مزمن معدی قرعہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

150

اگر بکثرت زرف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے، اور کلسیم کلورائیڈ (calcium chloride) ایک گرمین ۱۰۰ قطرے پانی کے اندر کادروں عضلی اشراب کیا جاسکتا ہے (نہایت ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔ ایک معدی آنبوبہ داخل کر کے مافیہ معدہ کو سینوران کے آلہ تفریح (Senoran's evacuator) سے خارج کر کے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۳۰ درجہ فارن ہائٹ والے پانی سے دھو ڈالنا چاہئے تاکہ وہ متہیج ہو کر منقبض ہو جائے۔ ایڈری نالین (۱۰۰۰ امیں) والے محلول کے ۲۰ تا ۳۰ قطرے معدے کے اندر رہنے دینا چاہئے۔ زرف موقوف ہو جانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا انہیں کھانی چاہئے، مگر پانی پیا جاسکتا ہے، جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شریف کے مقام پر برف لگانا چاہئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لاسکتے ہیں۔ یہ زرف کو جاری رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے ممکن الوقوع خیال کیا جاسکتا ہے۔ مزمن قرعہ سے زرف روکنے کے لئے جراحی تدابیر (مثلاً دای عرق کو گرہ لگا کر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر جس کا معدی قرعہ میں مبتلا ہونا معلوم ہو، انتساب کے علامات (ملاحظہ ہو التهاب باریطون) کا علم ہو جائے تو جس قدر جلد ممکن ہو، یعنی پانچ یا چھ گھنٹے کے اندر شکم کو کھول کر کبفہ باریطونی کو دھو ڈالنا اور قرعہ کو ٹانگے لگا کر سی دینا چاہئے۔

پراسے تقرح میں جس کے ساتھ درد اور قے یا شدید ترقات بار بار واقع ہوتے رہتے ہیں، یا قرعہ کے آس پاس بہت و بارت ہو گئی ہو، قدرتی طور پر جراحی علیہ کے متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ ان اصابوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں قرعہ کے ساتھ بواس کا ضیق یا ندبی ریت گھڑی معدہ موجود ہو۔ مزمن معدی قرعہ کے لئے ذیل کے جراحی علیہ کئے جاتے ہیں: — معدی مسامی تغویج

(gastro-jejunosotomy) بعض اوقات استیصالِ قرح کے ساتھ، یا کھواۃ کے ذریعہ اُس کے اُٹلاف یا صائمٰی تفویہ (jejunostomy) کے ساتھ معدی معدی تفویہ (gastro-gastrostomy) جزئی معدی برآری (partial gastrectomy) (یعنی معدے کے بوابی حصہ کا استیصال) اور معدے کا وسطی "آنتین تما" جزئی استیصال "sleeve" - (resection) معزمن اثنا عشری قرح کے لئے یہ اعمالِ جراحی کئے جاتے ہیں :- قرح کا استیصال، معدی اثنا عشری بوابی ترمیم (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور معدی صائمٰی تفویہ (gastro-jejunosotomy) -

تحریر :- جب کوئی قرح مندل ہو گیا ہو تو اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ اس کا نگہ نہ ہونے پائے، جو آب سانی واقع ہو جاتا ہے۔ دانتوں، لوزتین، زائندہ دودویہ، مہرہ وغیرہ میں کے عفونی مرکزوں کا تداویہ کرنا چاہئے، اگر ضرورت ہو تو علیہ کے ذریعہ سے کھانا زود ہضم ہونا چاہئے اور منظم و قفول کے ساتھ کئی بار کر کے لینا چاہئے، اور غذا کے اُن قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ الکحل سے پرہیز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نہایت کم طاقت والی وِسکی کھانے کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چاکر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبر گیری ضروری ہے۔ مریض کو آمادہ رہنا چاہئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ تر دودھ ہو لیٹ جائے اور کھانے سے پہلے روغن زیتون لیا جاسکتا ہے۔

معدی صائمٰی تفویہ کے عواقب :- اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمٰی تفویہ کے بعد شفا یابی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں ۱۹۱۵ء اور ۱۹۱۶ء کے درمیان ۸۰۰ عملیہ کردہ اصابتوں میں سے ۶۵ فی صدی مریض سات برس بعد شفا یاب یا نسبتاً بہت بہتر حالت میں پائے گئے، مگر ۳۵ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی صیق میں پائے گئے (43)۔ اکاؤنٹ مریضوں کے ایک گروہ میں جنہیں معدی صائمٰی تفویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، امتحان سے مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں :- معدی صائمٰی یا صائمٰی قرح (۲۰) معدہ میں تاخیر (۱۸) متوالی اثنا عشری قرح (۱۰) صفراء کی بازروی (۸) علیہ کی وجہ سے سود ہضم

(۲۴) وغیرہ۔ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی: درد (۵۰)، ریکٹ (۴۰)، قے (۴۰)، کمزوری (۳۸)، قبض (۳۸)، اسہال (۲۲)، اور دردائے منہ (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریضوں میں شکر بولیت پائی جائے اور شحم کے متشکل کی قلت ہو (۴۵)۔

معدی صائمہ اور صائمہ قوج (gastro-duodenal & duodenal)

ulcers) - معدی صائمہ قرحہ عین مقام تقوہ پر واقع ہوتا ہے اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر چیمیز کے ٹانگے کے استئصال سے یا دومی سلمہ سے یا دورانِ عملیہ میں شکنجوں سے کو فتلی ہو جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے (۴۴)۔ صائمہ قرحہ مقام اتصال سے ذرا ہی اگے واقع ہوتا ہے اور وہ یہ ظاہر انہیں علامات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اثنا عشری قرحہ پیدا کر دیتے ہیں جیسے کہ ایسی مرکزی عفونت سے ملریت زدہ ہو جانا کہ جس کا استئصال نہ کیا گیا ہو، بیش تر شکنج جو باوجود عملیہ کے بدستور باقی رہ گئے ہوں اور قرحہ کے گرد یا چنبر نازل میں سختیات اور تبدیل شدہ ذاتی تحریک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اثنا عشری قرحہ میں، مگر بایں استثناء کہ اب مقام درد نسبتہ کسی قدر نیچے اور شکم کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قرحہ نقب لگاتے ہوئے قولون مکس پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تیز تر کے وقت شراپی درو ہو۔ بعض اوقات صائمہ قولونی نواسیر واقع ہو جاتے ہیں اور ان کے ساتھ برازی مادے کی قے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھائی دیتے۔

351

علاج - ثانوی قرحہ کا علاج اسی اصول پر کرنا چاہئے جس طرح کہ معدی قرحہ کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عملیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہو اور اگر بواب اچھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائمہ قرحہ کو بند کیا جاسکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی کمشوفات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مایعات نہ لئے جائیں۔ ممکن ہے کہ ذلک اور معدی تضییع مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کر سکتے۔

اتساع المعده

(DILATATION OF THE STOMACH)

مکن ہے کہ اتساع معده نہایت تدریجی طور پر واقع ہو (مزمن اتساع = chronic dilatation) یا مکن ہے کہ بالکل دفعہ ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخر الذکر کا بیان اس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

مزمن اتساع المعده

یہ سندرجہ ذیل کا نتیجہ ہوتا ہے: — (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں، جس سے معدی دیوار بھی بیش پروردہ ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوت انقباض کو متغیر کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المعده)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں: — بواب یا اثنا عشری کے قروح کے ندبات۔ بواب کا شخ جو قرب و جوار کے تقرح کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پرورشی صیق۔ برونی دیاؤ، انفضامات کے ذریعہ جڑ جانا، یا ایک مستوط گردے کا کھنچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال، کشیا کی وجہ سے پیدا شدہ ندبات، لیکن یہ عموماً مرید کی روزن کو مآؤف کرتے ہیں۔

بوابی صیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات۔ نمایاں اصابتوں میں جب شکم برہنہ ہو تو وہ غیر متماثل نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول اُبھاؤ پیش کرتا ہے۔ یہ ابھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیریں حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محدب ہوتا ہے اور منحنی حاشیہ کے زیریں حصے سے خط درمیانی کے داہنے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت و ودی کی ایک موج اس ابھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً، پھیلائی کی جسامت کے برابر بہ سرعت ایک محدب ابھار بنا دیتا ہے جسے



شعاع نگاشت ایک متسع معدہ کی جو کہ تقزح کے بعد بوابی ضیق کا ثانوی نتیجہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے واپار عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے اور اختتام کبیر حرقنی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یہ بیریم سے بھرا ہوا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے تھوڑے بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معاصرین کی گندلیوں میں ادھر ادھر منتشر نظر آتے ہیں۔ اختتام پر معدہ کے بوابی حصہ کے آوازیں حرکت و دوی کی ایک خفینہ موج نکالتی ہے (مسٹر ڈبلیو لنڈے لاک کے لیے ہواے صحت) المائل ص ۶۱

دبانے پر قطعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چند ہی ثانیوں میں یہ ابھار بیٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ، جو نسبتاً دائیں طرف کو ہوتا ہے، اُستہ سے ہی غصہ رنگ بھول کر ابھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ یکے بعد دیگرے سخت ہو کر ابھر جاتا ہے تو اس کے بعد سارا ابھار بیٹھ جاتا ہے۔ یہ منظر خود ر و طور پر رونما ہوتا ہے یا ممکن ہے کہ دیوار شکم کو ماتہ لگانے سے شروع ہو جائے، یا اُسے اُنکلی سے تیزی کے ساتھ پھیلنے سے، یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اسے جوئی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات اُسے جیسے کہ مریض کو ہلانے پر ہوتے ہیں، مایہ مافیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ چھٹک سنی جاسکتی اور محسوس کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی، تا وقتیکہ یہ کسی غیر طبعی رقبہ پر نہ پانی جائے، مثلاً ناف سے ایک اینچ نیچے، یا اُس وقت جب کہ طبعی طور پر معدے کو خالی ہونا چاہیے، یعنی کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

مزمن اتساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصہ وہ طرز ہے کہ جس پر قے ہوتی ہے۔ غذا تین یا چار دن تک معدے میں رہتی ہے اور پھر یکبارگی ۲ یا ۳ پینٹ سیال قے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رمدی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر جھاگ ہوتا ہے۔ اور خرد بینی امتحان سے اس میں لہج کے کثیر التعداد بذرے، 'تبقات خزیمہ' (sarcinae) اور لہجے عصا کی شکل کے عیسے نظر آتے ہیں، جو آپلر بو اس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

قے کے علاوہ مریض تکلیف یا حسی در دیں مبتلا ہوتا ہے، جو مافیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے، اور اُن کے نکل جانے پر اس میں عارضی طور پر آفاق ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کمزوری، لاغری، شہوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی انقباض اور بعض اوقات وقفہ وار تکرر (tetany) اور خفا ہوں۔ مقدارِ بولِ قلیل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو (یہ وہ حالت ہے جس میں جسم کے اندر ایسٹونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں)۔

تفصیل۔ بالآخر اس کا انحصار لاشعاعی امتحان پر ہوتا ہے جو غیر شفاف غذا کھلانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑا ہوتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہو جاتا ہو۔ پھر حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہوتی ہے، چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور نفل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض گاہے گاہے نظر آئے اور وہ مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا رہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۶، صفحہ 331) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آوازوں اور کلورک ایسڈ کا تدریج چڑھنا ہوا معنی ظاہر ہوتا ہے۔

انذار۔ بواب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اس وقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تدریجاً کمرے والامرض باقی نہیں اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج جراحی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تغذیہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین وہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبعی مائع سے دھو ڈالنے کا عملیہ (تغییل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تھکے ہوئے معدے سے طبع اور غیر بھتم شدہ غذا کا اجتماع خارج ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ زبر کی ایک نلی جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منہ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھردیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لاکر اور اسے ایک مناسب طرف میں الٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینوران کے آلہ (تفسیر Senoran's evacuator) کے ذریعہ سے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مائع کا استعمال وقفہ وار کمزور کا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار سب سے بڑے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہئے۔



ایک شعاع نکاشت جو کہ ریت گھڑی انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ایک گول زیرین کنارہ رکھتا ہے اور زیرین خانہ کے اندر داخل ہونے کا فتحہ انخنا و صغیر کے قریب واقع ہے اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ریت گھڑی معدہ اندانی انقباض کی وجہ سے ہے گو کہ ہمیشہ کچھ شخ بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قرحی باطلیہ (ulcer crater) میں انخنا و صغیر پر کے فتحہ پر واقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ فتحہ کا دائیں طرف کا کنارہ معدہ کی طرف مقعر ہے۔ بیریم نیچے زیرین خانہ میں ٹپکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے پسند سے پر مٹیٹھ جاتا ہے اور انقباض بالائی رکھتا ہے۔ معدہ سا قط ہے کیونکہ اس کا زیرین سر ارقعی عرف سے بہت نیچے ہے۔ انشاء عسری کلاہ دکھائی نہیں دیتی کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں نکلا۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہوئے صفحہ سے)

معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-CLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مزمن معدی قرحہ کے انداب کی وجہ سے ہوتی ہے اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انقباضات بھی معدے کو جگر سے پیوستہ کر دیتے اور تشنگی واقع کر کے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا فیق پیدا کر سکتا ہے اور سقوط المعده کی حالت میں معدہ ایک بالائی اور ایک زیریں حصے میں منقسم ہو جاتا ہے جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن حائل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی وقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرحہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب آخر الذکر کا طریقہ پر مندل ہو چکتا ہے اور تضیق بہت زیادہ ہوتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقدار ہی لے سکتا ہے، اور نسبتاً بڑی مقدار فوراً واپس نکل آتی ہیں چنانچہ اس پر مری کے تسد کا شبہ ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ یہ غیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب جڑی ہوتی ہے نہ کہ اس کے سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل متمیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس تنگ پڑنے سے متفرق کرتا ہے جو سقوط المعده میں ہوا کرتا ہے۔ اگر قرحہ کامل طور پر مندل نہیں ہوا ہے تو علاوہ انداب کے نظام عضلی کا کچھ شنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تسد کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے چنانچہ ان دونوں خانوں کو بریم کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب شنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ احتیاط کے ساتھ دست ورزی کرنے پر یا الفلاح (belladonna) کی ایک معتاد دینے کے بعد کیقدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرحہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک ابھار کے طور پر نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالید معدے کے اندر ابھری ہوئی ایک صاف رقبہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)۔ لیکن اگر وہ ایک قرعہ سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منظر دیا ہی ہو سکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔
علاج۔ واحد کارگر تدبیر صرف جراحی علاج ہے۔ تنگی کو چوڑا کیا جاسکتا ہے یا قریبی کہنہ کو بعدی کہنہ سے یا صائم سے جوڑ دیا جاسکتا ہے۔

353

پیدائشی بیش پروشی ضیق

یہ بوابی تسدو کی ایک قسم ہے جس کے علامات بالعموم پیدائش کے چند روز بعد سے لے کر چھ یا سات ہفتہ بعد تک اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)۔ لڑکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں:۔ قے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لائفری۔ اور قے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار ہوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتدائوہ غذا پر شل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التهاب معصہ قائم ہو جاتا ہے تو ان میں مخاط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن شاذ ہی کبھی صفرا۔ دائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دودی جو بوابی ضیق کا اس قدر تمیز خاصہ ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام اصابتوں میں (جن میں ممکن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت عجز کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، خلمی حاشیہ سے ذرا نیچے، ایک سلعہ یا دانت پائی جائے گی جس کا قطر $\frac{1}{4}$ یا $\frac{3}{4}$ ہوگا اور جو قواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی اور اس طرح سڈوں سے تمیز کی جاسکے گی۔ چونکہ عضوی مرض کے بغیر بھی مرنی حرکت دودی کا واقع ہونا ممکن ہے لہذا یقینی تشخیص کے لئے سلعہ کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی مدد مل سکتی ہے۔

یہ دہارت بواسطہ کے عضلی ریشوں کی بالخصوص مدور ریشوں کے طبعیت کی بیش تکوین ہے، اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمو یاب ہو جاتی ہے۔ دہارت یافتہ تودے کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں پڑی ہوئی ہوتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تفصیل کی جائے اور اس کے بعد گاڑھی غذائیں دی جائیں۔ تفصیل کے بعد جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیے کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے، معدہ میں اٹروپن کی چھوٹی چھوٹی خوراک باقی رہنے دینی چاہیے۔ لیومینال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ غنودہ رہے، عمدہ نتائج درج کئے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے ذریعہ حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ باریطونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طوی ششائے غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسد و رفع ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ آہستہ بڑھانی چاہئے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آنے لگتے ہیں، کیونکہ گذشتہ تجویع کے دوران میں غذا کا ہلیج موجود نہ ہونے کے باعث مہنسی انزیموں (enzymes) کا افزائہ بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خوراندہ (under-fed) شیرخوار بچوں میں اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براز شمی ہوتا ہے (48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفراوی اور غالباً باقرا سی عدم کفایت بھی کچھ حصہ لیتی ہے۔

سرطانِ معدہ

اسباب۔ معدے کا سرطان تینس سال کی عمر سے پہلے شاذی دیکھا جاتا ہے اور اس کی ۶۰ فیصدی اصابتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں دگن عام ہے۔ توارث سرطانِ معدہ میں کئی نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقوع ہے اور کسی خاص پیشہ

کے ساتھ تعلق نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اثنا عشری قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اثنا عشری کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطان معدہ کی پچاس اصابتوں کے ایک گروہ میں ۵۶ فی صدی کی سرگزشت ایک سال پہلے تک جاتی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۷۰ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہذا بیشتر اصابتوں میں سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں سرطان خود بخود شروع ہو جاتا ہے (46)؛ اگرچہ مزمن التهاب المعده اور بالخصوص معدہ کی سدانیت ممکنہ اسباب معدّیں۔ باقی ماندہ اصابتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ سرطان معدے کے تمام حصوں کو ماؤف کر سکتا ہے لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بواب ماؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصل حصوں میں پھیل جاتا ہے؛ بالخصوص آنتائے صغیر کے برابر برابر؛ اگرچہ فوری سر کے کو ماؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا حملہ مری پر بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار کیساں طور پر درز پختہ اور دبیز ہو جاتی ہے اور معدہ بحیثیت مجموعی سکڑ کر چھوٹی جسامت کا ہو جاتا ہے (مٹارہ نامعد = leather-bottle stomach) چند ہی مستثنیات کو چھوڑ کر سرطان معدہ کُرہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوان نما سرطان (cylindrical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے، اور اول الذکر نسبت بہت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم یعنی بات کی زیادتی کی وجہ سے جرزی (scirrhus) ہو سکتی ہے؛ یا اس کی قلت کی وجہ سے لمبی (medullary)۔ اور دونوں میں کولائی انخطاط واقع ہو سکتا ہے، اگرچہ یہ کُرہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جرزی تغیر عام ترین ہے۔ لمبی سلسلہ تشافہ ہے۔

سرطان کی ابتدائے غشائے مخاطی کے غد کے سرطانی خلیوں کی بیش بالیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ بالیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں؛ پھر مزید نکھڑ کر تپیں اور تدریجاً تمام طبقات کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہو جاتی ہے اور بالیدہ ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا وزن بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ بالیدہ اثنا عشری پر حملہ آور نہیں ہوتی۔ آخری درجوں میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متفرج ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ متصلہ غشائے مخاطی حملی

زائموں کی گرہی بالیدگیاں ظاہر کرے، جو کہ مزمن التهاب معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ تقریبی عمل عروق کو متاثر کر کے نزف پیدا کر دے۔ ساوہ قرہ کے نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نزف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالید کے پیدا کردہ ضلیق کا نتیجہ اکثر اوقات اتساع معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک متارہ نما معدہ (leather-bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالید باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام طور پر دوسرے اعضا سے معدہ کا انفصام واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد ممکن ہے کہ اس عضو پر (جس کے ساتھ انفصام واقع ہوا ہے) سرطان کا حملہ ہو جائے۔ اس طرح جگر اور بلبلیہ پر اکثر اوقات اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حملہ ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالات میں ایک معدی قولونی ناسور کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ فوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مدد و کردیتا ہے۔

مختلف اعضا، باریطون، جگر، بلبلیہ، پھیپھڑوں اور منقلعہ لمفائی غدوں میں ثانوی جملہ واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ ماساریقی، پیش باریطونی، اور بانی غدوں میں، لیکن جیسا کہ مری کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات غنقی لمفائی غدو بالکل ابتدا میں آؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات - سریری نقطہ نظر سے ان اماتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس لحاظ سے کہ آیا بوابی فعل میں خلل اور اس کے ساتھ معدی مافیہ کا غیر معمولی احتباس ہوا ہے یا نہیں۔

(۱) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سورہضم کے علامات ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے، اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے بعد درد اور ریجیت۔ یہ دس شرا سیف میں، یا سوزش سینہ کے مقام پر ہو سکتا ہے۔ جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو قے کا اس حالت میں جلد نزو واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، بہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ قے میں غذا موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مدارج میں ہوتی ہے اور اس کے ساتھ کم و بیش مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ قے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر در دقہوہ کا منظر رکھتا ہے۔

پھر درو ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے اور اگر بالید متصلہ اعضا (جیسے کہ بلبلیہ) پر حملہ آور ہو جائے تو وہ مستحکم ہوا کرتا ہے، یا اس کا اٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ مثالوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے، یا قطعی خطہ میں۔ وہ اکثر و خیزی اور منقرض ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب سوزشی، قارض یا خارق ہو۔ اس قسم کے سرطانِ معدہ میں شدید بنیائی اختلال کے علامات نسبتاً جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دُلا ہو جاتا ہے، اس کی طاقت گھٹ جاتی ہے، اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اصابتوں میں لاسخری اور علاء ۵۴ مویت یہ درجہ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنتوں میں زیادہ تر قبض ہوا کرتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی امارت کے شاف ہوتا ہے، لیکن مخفی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب ابواب کے فعل میں کوئی خلل نہ ہوا ہو تو بالید عموماً جہم معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالید بہت زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو جائے کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب و جوار کی ساختوں کی درستی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالید سے مسلسل خون بہتا ہے، اور متغیرہ خون پاخانوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اس سے جو عدم مویت پیدا ہو جاتی ہے سلعہ غیر حس پذیر ہونے کی حالت میں اس سے تکلف عدم مویت (pernicious anemia) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعف موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ سرطان کی اصابتوں کی غالب تعداد میں ایک سلعہ کسی کسی وقت پایا جاتا ہے اگرچہ وہ ابتدائی تین یا چار مہینوں میں شاف ہی ملتا ہو اور بعض اعداد و شمار کی رو سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر صرف ۳۴ فی صدی اصابتوں میں ملتا ہے۔ سلعہ کا محل وقوع بلاشبہ معدے کے ماؤف حصے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ابوابی سلعہ عموماً خط درمیانی میں یا کس قدر دائیں طرف، قفسِ خجری اور ناف کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت قسح ہوتا ہے تو یہ سلعہ ناف سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جہاں میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چھوٹی مارنگی کے برابر متغیر اور عموماً نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداءً وہ آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور شہتی کرنے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتاً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انقباضات پیدا کر لے اور

زیادہ مثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اس میں زیر افادہ اور طی کا مدد منتقل ہو جاتا ہے۔
قرع کرنے پر وہ اہم یا غیر کامل طور پر لگی ہوتا ہے۔ اسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے
کبھی کبھی اشتقاق کہفہ باریطونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد التهاب
باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں
ہوتے۔ پس باریطونی غد کا سرطان پیروں کا نتیجہ پیدا کر دیتا ہے، اور یہی نتیجہ بڑی گریوں
کی علقت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ معدی قولونی ناسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے
قولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے) کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے
کے غیر مضغ شدہ مافیہ براہ راست قولون کے اندر اور یہاں سے براہ معائنہ قائم چلے جاتے ہیں
یا یہ کہ برازی قے ہوتی ہے، کیونکہ قولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھر
یہاں سے قے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔

سوت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، اور یہ خستگی غذا کے ناقص شل
کا نتیجہ ہوتی ہے، یا باریطون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بہ سرعت پھیل کر استقارزتی
ہونے کا یا جگر کے اندر ثانوی بالیدیں پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا کثیر المقد
نزف یا التهاب باریطون، التهاب ششی، یا ذات الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔
مدت مرض - یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔
دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں، اور ایک نہایت تھوڑی تعداد دو سال
سے زائد تک جاری رہتی ہے۔

تشخیص - سرطان اپنے آخری مداح میں سلسلہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے
کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑے ہوئے
سخت عنقی غدہ کے مل جانے سے بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو، اس تشخیص
کے طرف اشارہ ہوا ہے۔ اگر کوئی سلسلہ شناخت نہ ہو سکے، تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے،
سرطان کا متلف عدم دسویت (pernicious anaemia) کے ساتھ، یا مزمن سوء مضغ
اور اس سے متلازم التهاب المعده یا مہضمی قرعہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، یا
مکن ہے کہ خالصاً وجع العصبی دروں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ
سے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

قرعہ سے پیدا ہو جاتا ہے سرطان کی مشابہت پیدا کر دے۔ مریض کی عمر اور مرض کی نسبتاً قلیل مدت، یہ بھی اس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں، کیونکہ بیشتر اصابتوں میں سرطان سابقہ معدی قرعہ کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

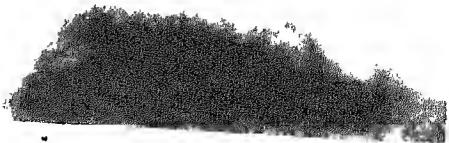
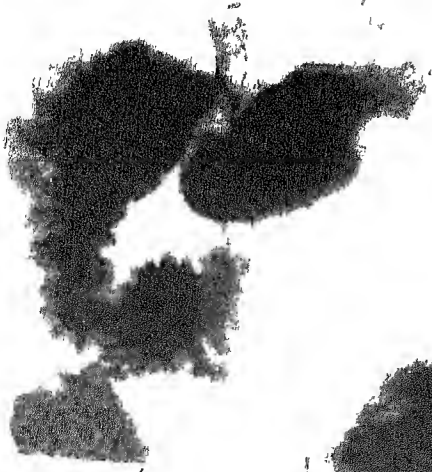
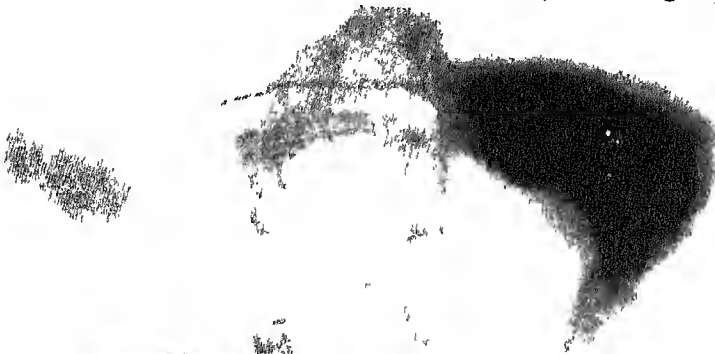
لاشعاعیں ممیز مناظر ظاہر کرتی ہیں۔ بسمتھ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایک کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقص پُری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ یا نقص دو یا زائد خداریا صد فی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔ یہ اس متفطر بالید کا قایم مقام ہے جو معدے کے درون میں ابھرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ الف)۔ دبائے پر یہ الیم ہوتا ہے اور اس کی شکل مستمر ہوتی ہے۔ یہ حرکات دودید میں شرکت نہیں کرتا، جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آ سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کوئی نقص پُری مرنی ہونے سے پہلے حرکت دودی کا یہ انقطاع ہی اہم ترین امارت ہو۔ متارہ نما معدے کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ غذا ایک متقابلۃ تنگ نالی کی راہ سے، بلا کسی مرنی حرکت دودی کے، سیدھی اشعاعی کے اندر بہ سرعت گرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ ب)۔ ۱۶ فی صدی اصابتوں میں ایک طبعی لاشعاعی روئداد حاصل ہوئی (57)۔

مریض کو شب میں دودھ کے اندر دوٹی سپون فل کوئلہ (charcoal) دینا چاہئے اور دوسرے روز علی الصبح اس کے معدے کے مافیہ کا امتحان کرنا چاہئے (49)۔ ستارہ پتھیر مرنی خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے، بالخصوص جب کہ خون اس طرح ایک سے زائد موقع پر پایا جائے، لیکن کوئلہ کی موجودگی سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۴ فی صدی اصابتوں میں سکونی رس میں خون موجود تھا، اور ۸۷ فی صدی میں آزاد ہڈیرو کلورک ایسڈ بالکل نہ تھا (57)۔ خون کا مسلسل ساؤ سرطان کا ممیز خاصہ ہے مگر کبھی اتفاق سے ہونے والا دافرنزٹ اغلباً قرعہ کا نتیجہ ہو تا ہے۔ دُرِ قہوہ جیسی قہے دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی خوراک کے اندر لیکٹیک ایسڈ کی موجودگی سرطانِ معدہ پر دلالت کرتی ہے۔ ۶۴ فی صدی اصابتوں میں بے ترشگی تھی۔ چنانچہ آزاد ہڈیرو کلورک ایسڈ تغیر پذیر



الف۔ معدہ پیریم سے بھرا ہوا ہے۔ بوابی حصہ میں سرطان کی موجودگی نقص پری سے ظاہر ہوتی ہے۔ اثنا عشری کلاہ اچھی طرح
نظر آتی ہے۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈیولنڈ سے لاک نے لی ہے)



مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش تر شکی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاعل ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک مستلزم مزمن التهاب المعده کے باعث معدنی کلورائیڈ کھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدنی کلورائیڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالید سے رہنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل ہو گئی ہے۔ صرف ۶۶ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۶۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا، اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پاخانوں کا نفی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہذا امتحانی خوراک اور پاخانوں، دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کرے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک پہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی عملیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں امتحانی خوراک اور پاخانوں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پُری ظاہر ہوا۔

انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تا وقتیکہ بالید اور تمام سرایت زدہ غد دکا بالکل استیصال نہ کیا جاسکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شکیافی کے عملیہ کا مشورہ دینا چاہئے، کیونکہ بالید کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گولہ محسوس ہو سکے یہ عملیہ بعد از وقت ثابت ہوگا، کیونکہ اس وقت تک بالید پھیل چکتی ہے اور لاشعاعی غد موقوف ہو جاتے ہیں۔ معدی صائمی تقویہ کا عمل ایک تحقیقی تجربہ کے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج بھی آزمایا جاسکتا ہے۔

اگر اتساع نماں علامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قے سے نکل جاتی ہوں تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دھو ڈالنے سے غرضی تسکین معلوم ہو، ملاحظہ ہو صفحہ 352) یاہ لینس کو درد محسوس ہونے کے وقت ایک ملی دھل کر لیتے کی ترکیب سکھلا دینی چاہئے، کیونکہ بعض اوقات صرف اسی مادہ تدریس سے

تکین حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سورہ ہضم کے تحت بیان کردہ تدبیریں کام میں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خدیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں:۔ غلیٰ سلعا، عضلی سلعا، معین لبلبہ، شحمی سلعا، لینی شحمی سلعا، لمفائی غلیٰ سلعا، اور دیوسے۔ یہ بہت کم واقع ہوا کرتے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو مسدود کر کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلمہ کی جسامت اور جا کے وقوع پر ہوگا۔

قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے صحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی رسد پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادہ بناتا ہے نیز معائی رسول کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معائی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ ہتھیج ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے جو بایں ہمہ ممکن ہے تندرست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پانچ دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار اور بعضوں میں صرف ایک دن چھوڑ کر ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبعی عرصہ سے زیادہ تکس یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباس براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہو (۱) بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی، کو = colonic stasis) یا (۲) حوضی قولون اور معائستقیم کی تفریغ میں تاخیر کا (عس، تبرا = dyschezia) یا مجموعی لوپر ان دونوں احوال میں تاخیر کا۔

۱۔ معائی قنال میں براز کی عام حرکت خالصاً غیر ارادی ہوتی ہے اور اس کا انحصار معائی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے، جسے مناسب غذا سے محقولی

تحریک پہنچتی ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی تصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری عمر میں طاری ہو کر شیخوخی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضلہ کی عارضی کمزوری حمیات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے، اور عدم دمویت، انہضیت (chlorosis) کساحت، اور ان امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انخفاض ہوتا ہو، جیسے کہ مایلوخلیا، نہاکت اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریخی تمدد اور غشاء مخاطی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357

معد کو تہیج بالخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقداریں ناکافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اس میں میکانی ہتہجات کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوت ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم نفل باقی رہتا ہے کہ افرغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ”حریص قولون“ (”greedy colon“) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قے بار بار ہوتی ہو، قبض ہو کر رہتا ہے۔ مزید برآں حوض یا شکم کے الہتابی یا ضربی نوعیت کے درد ناک مقامی عوارض سے آنت کا سکوس مل براہ راست متنع ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد امعاء کا امتحان کیا جائے۔ معمولی حالات میں چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص فعلیت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے معانی مافیہ بہ سرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی محکوسات) (50)۔ غیر شفاف غذا معدے سے کئی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صرف اس وقت کی جا سکتی ہے جب کہ اس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اس کا خفیف ساحصہ بھی اعور کے اندر داخل نہوا ہو، یا جب کہ اس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدے نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبی طور پر غیر شفا
 غذا چوبیس گھنٹے میں معارفستقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی را کدو اسوقت
 موجود ہوگا جب کہ اس مدت کے اختتام پر وہ اب بھی بکلہ اعور یا قولون صاعد میں ہو
 یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تفرج میں پہلی مرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفا
 غذا اس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولون متعرض میں موجود
 ہو۔ اگر قولونی رکود شدید درجہ کا ہے تو لفائفی اعور یا مصراع کے پار معافی مافیہ
 کے گزرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفائفی را کدو) لفائفی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی
 واقع ہو سکتا ہے بالخصوص تحت الحما والتهاب زائدہ کی اصابتوں میں (لا تکلوا ضابطہ
 = controlling appendix)۔

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اسکے
 معارفستقیم کے اندر داخل ہونے سے تبرز کی خواہش پیدا ہوتی ہے اور معارفستقیم کے
 اندر براز کا یہ داخلہ ناسشتہ کھانے کے تہیج یا اٹھ کر کھڑے ہونے کے تہیج یا کسی اور
 روزانہ وظیفہ کے تہیج سے منکوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تبرز کے آخری عمل یعنی مستقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اس کی آخری
 تفرج میں خلل واقع ہونا نام نہاد عاداتی قبض (habitual constipation) کا ایک
 عام سبب ہے۔ ہرٹسٹ (Hurst) نے اسے عسرتبرز کا نام دیا ہے۔ اس فعل کی
 انجام دہی کا انحصار ایک تہیج پر ہوتا ہے جو معارفستقیم سے منتقل ہوتا ہے اور اس
 مجبیت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ ان اشخاص میں جن میں
 اجابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے، یہ تہیج روزانہ ایک خاص وقت پر
 پیدا ہو کر رہتی ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن
 اگر اس تہیج سے بے اعتنائی کی جائے اور پاخانہ پھرنے کی خواہش کو دبا دیا جائے تو
 جہ کے موقع پر اس معکوسہ کے نسبت کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے اور کچھ زمانہ
 گزر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تہیج محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دبانہ اور اسکے
 احساس سے بے اعتنائی کرتا قبض کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی
 کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت بڑے مکافوں میں یا لڑکیوں کے

درسوں میں جھوٹی شرم، بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی نہونا اور بہت سے لوگوں میں محض کالمی یہ اس کا سبب ہوتے ہیں، چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندی وقت کی عادت بالکل چھوٹ جاتی ہے، براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محسوس رہتا ہے اور پھر صرف ملین ادویہ یا حقنہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جاسکتا ہے۔

عسر تبرز کا ایک دوسرا سبب ان ارادی عضلات کی کمزوری ہے جو افیہ شکم کو بھینچتے ہیں اور قولون سے معارف متقیم کے اندر اور معارف متقیم سے مبرزی گذرگاہ کے آر پار براز کے گذرنے میں مدد ہوتے ہیں۔ یہ شہقی عضلات شکم ڈایا فراہم عضلہ رافع المبرز اور حوضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد حوضی قولون اور معارف متقیم میں پہنچ گیا ہے اور اگر باوجود اس کے تبرز کی خواہش نہ ہو تو عسر تبرز کی تشخیص قائم کی جاسکتی ہے۔

براز کے گذرنے میں میکانیکی روکاؤ نہیں جیسے کہ قولون کا ضغطہ یا تشنہ، براز کی سخت گٹھلیاں، بالید کی وجہ سے تفتیق، عضلہ عاصرة المبرز کا شنج، اور قولون کا شنج (یعنی وہ حالت جسے شنج الامعاء: entrosasmus کہتے ہیں) بڑی آنت کے کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند تر درجہ میں مکمل تسد پیدا کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل یعنی اجابت دو تین چار یا زیادہ دنوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معارف متقیم برازی مافے کی سخت گول گٹھلیوں (سڈوں) سے پُر ہو جاتی ہے، جو کثیف و پھیکے رنگ کی ہوتی ہیں، اور باہم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پاخانہ پھرنے کی خواہش کا نتیجہ پہلے شاید یہی ہوتا ہے کہ کانٹھنے کی کوششیں ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن بالآخر کچھ سڈے نکلتے ہیں اور ممکن ہے کہ چند گٹھلیوں کے اندر کچھ اور دو یا تین بارکر نکلیں، یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے دوسرے عرصے تک آنت غیر فعال رہتی ہے یعنی اجابت نہیں ہوتی۔ اس احتباس کے دوران میں ممکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرامیاں محسوس کرے۔

مقامی طور پر ممکن ہے کہ عجان میں پُری یا بھاری پن کا احساس ہو یا اُسے مبرز یا خارش کی شکایت ہو۔ اور ممکن ہے کہ اُور وہ باصوری پھول جائیں اور بواسیر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات اعصابِ حوض پر برازی تو دوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے رانوں تک درد ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ شاید رنجیت اور ڈکاریں بھی آہوں۔ زبان اکثر فرور، سپیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں کسنتی اور پریشانی کا احساس ہوتا ہے، چستی یا تازگی مفقود ہو جاتی ہے اور حقیقی درد ہوتا ہے، یا یہاں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ ذہنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب ان علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو امعار کے مافیہا کی سست رفتاری یا معوی سرکود پر محمول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اکثر قبض حقیقہ زیادہ عادی ہوتا ہے عام اختلال اُس قدر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اس کے کہ انھیں آخری تفریح بہت دن پہلے ہوئی تھی خود میں کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز معاً مستقیم میں محبوس ہو جاتا ہے آخر الذکر اُسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا متح ہو جاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اس کے سدے بن جاتے ہیں اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں محبوس ہو جاتا ہے اور اس اعتبار کے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اُس میں سے زیادہ تر کے جذب ہو جانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معاً مستقیم سدوں کے تو دوں سے پُر ہو کر تنی ہوئی ہو، مبرز سے کسی قدر برازی سیال خارج ہو سکتا ہے یا مخاط کے افزا کی تحریک ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ ان مایعات کے اخراج سے اسہال کی مشابہت ہو جائے۔ نسبتاً زیادہ وسیع نازلتی التهابِ قولون اور برازی قرح بھی قبض سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادے کا اجتماع ممکن ہے ایسا ہو کہ وہ شکم کے حصہ زیر میں ایک بڑی رمولی بنا دے جس کا امتیازی خاصہ یہ امر ہے کہ انگلی کے سخت دباؤ سے اُس میں گرامھا پڑ سکتا ہے۔

علاج۔ مجملایہ کہا جاسکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں ذلک شکمی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہئے اور غمیر تریز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے اور شدید تر درجوں میں درجہ دار حقنوں سے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پاخانہ جانے کی صورت میں بچلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندی وقت کے ساتھ اور بلا عجلت کئے پاخانہ جانا چاہئے خواہ اسے اس وقت حاجت معلوم ہو یا نہ ہو اور اس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہئے، لیکن ممکن ہے کہ اس طرز عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ غمیر تریز کی حالت میں اگر کو وضع اختیار کرنی چاہئے غذا کی ترمیم اس سہج پر کرنی چاہئے کہ اس میں کافی سبزیاں ترکاریاں نمازہ یا مصنوعی بھل یا سلا دمعہ سلا کے تیل کے مشاثل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) بے چھنے آٹے کی روٹی، یا بجے کے دلے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ بہتج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کا فی مایع بھی موئی چاہئے، اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھالینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی اصابتوں میں دلے، آلوؤں یا دم بخت کردہ پھلوں میں جذب نا پذیر پسے ہوئے اگار اگار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے چمچے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

آن لوگوں میں جو نقل و حرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں چلنے کی ورزش، شمشیر بازی، گھوڑے کی سواری، گاڑی کی سواری یا گاڑی ہانکنا اکثر مفید ہوتا ہے یا سوڈش ورزشوں سے عضلات شکم کو خاص طور پر ورزش کرائی جائے اور قولون کی مالش اس خط کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے یعنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح و شام مہر کو تیس بار اندر کھینچے اس طرح جس طرح کہ ریح کے اخراج کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے۔

لیکن بایں ہمہ ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے،

اور ان کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفعل مسہلات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ ان سے بہت سے پتلے دست ہو جاتے ہیں، جن کے اثر سے معمولی عضلہ کلی طور پر خستہ ہو جاتا ہے اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں کئی دن تک کوئی تفریح نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار حرکت و دوی کی قلت پر ہوتا ہے، اس واسطے حد سے زائد تہج اور سختی سے خاص طور پر احتراز لازم ہے۔ اس نقطہ نظر سے اس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی ملینات کے ساتھ ایسی دوائیں بھی شریک کر دی جائیں جو معمولی عضلہ پر مقوی اثر رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوبیا ہیں۔ سناکی پھلیاں جنہیں چند گھنٹے ٹھنڈے پانی میں بھگو کر کھا اور پھر پیا جاتا ہے، ایک مفید ملین ہیں۔ کاسکیرا سیگرڈا (cascara sagrada) کا مائع خلاصہ ۳۰ یا ۴۰ قطرہ کی مقداروں میں شربت زنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کر کے یا اس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳ گرمین کی مقداروں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جاسکتا ہے۔ خالص لکڑ پیرافین، حالت مرض کی ضروریات کے لحاظ سے ۱۰ اونس تا ۱ اونس کی مقداروں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جاسکتا ہے۔ الائن (aloin) یا ۱۰ گرمین اور کچلے کا خلاصہ ۱۰ یا ۱۲ گرمین، ایک کارگر امتزاج ہے، جس کا استعمال صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے کرنا چاہئے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ خلاصہ لفلج (extract of belladonna) ۱۰ گرمین، یا عرق الذہب (ipecacuanha) ۱۰ گرمین شامل کر دینا مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آئرن (sulphate of iron) (اگرین) الائن اور کچلے کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں لی جاسکتی ہیں۔ لیکن بہر صورت اصل علاج یہ ہے کہ فعال اہمال سے پرہیز کرنا چاہئے اور جیسے ہی کہ اس کے پیدا ہونے کا امکان معلوم ہو روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو یا دو سے ایک کر دینا چاہئے۔ اور آخر کار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی مدد کے خود ہونے لگے گی۔ بعض مہاد شکم کی حالتوں میں یا شکمی عملیات کے بعد ایسیزین سیلی سیٹ (eserine salicylate) یا پیکوٹرین (pituirine) کا تحت المجلدی اثر کیا جاسکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ زویناٹ

(Rubinat)، پولنا (Pullna) ہیناڈی جنوس (Hunyadi Janos) (جن میں گنیم اور سوڈیم کے سلفیٹس موجود ہوتے ہیں) اور کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے) جب کبھی دستیاب ہو سکیں مفید ہوتے ہیں۔ انہیں مریض ناشتہ سے پہلے ایک وائن گلاس بھر سے لے کر ایک نصف ٹمبلر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدھے ٹمبلر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچ بھر نمک حل کر کے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر بالخصوص معارستقیم میں جو مفتحات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے، براز کا اجتماع ہوتا ہے اس لئے اکثر ٹھنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ حقنہ کے ساتھ انگلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اس کے بعد چند روز تک حقنہ کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہونے تک اس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اس عمل تیز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفا یاب نہ ہو، گلیسرین کے درجہ دار حقنہ آزمائے جاسکتے ہیں۔ انہیں ایک اونس گلیسرین سے شروع کرنا چاہئے اور بتدریج گلیسرین کو کم کرتے ہوئے اس کے بجائے پانی کی مقداروں بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

قتال غذائی تسمم الدم

(alimentary toxæmia)

قتال غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر ان سموم کا جذب ہونا ہے جو قتال غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ یقین زیادہ مستحکم ہوتا جا رہا ہے کہ کثیر التغذیہ امراض ذاتی حالتیں بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کر دیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگانا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عضویات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں جیسے کہ عفونتِ دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ جس کا ذکر پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 321) اور ایسی صورت میں جوئے خون کے اندر بنقاتِ سمیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر نکلے جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی مشتے کے مختلف حصوں میں جا کر رہ سکتے ہیں اور وہاں سرائتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رشیتِ منا التهابِ مفصل (rheumatoid arthritis) اور التهابِ عظمیٰ مفصلی (osteo-arthritis) کی بعض اقسام اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دوسرے ممکن ہے کہ دراصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں یا پروٹینز بمقدارِ کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں یا کاربوہائیڈریٹس بمقدارِ کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور توہمِ ممکن ہے کہ عاداتِ قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا یا یوں کہنا زیادہ موزوں ہوگا کہ براز بہت عرصہ تک جمبوس رہے یہاں تک کہ اس میں جراثیمی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (مجموعی سرگود)۔

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو قنالِ غذائی میں محدود سے معائنہ و تنقیح تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے طویل کھنہ میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تکوین کے لئے اور دورانِ خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں۔ لیکن ابتداء میں شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکائینٹ کے ٹوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو غذائی قنال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکائینٹ معنی افرازاتِ مخاطی اغشیہ اور ان کا مخاطا جگر کا مانع سمیت فعل اور ممکن ہے کہ غدہِ درقی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جراثیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں۔ اور کیمیائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ ابھی بہت کچھ جاننا باقی ہے کیوں کہ بعض اصحاب تو انڈال (indol)، اسکاتال (skatol) اور فینال (phenol) کی تکوین اور ایتھیریل سلفیٹس

(ethereal sulphates) کی زائد کوئین کو بہت اہمیت دیتے ہیں اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش امینو ایسڈز سے ان کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہو جاتی ہے۔

غذائی تسیم کی ان اصابتوں پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نوعی عصبیت موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا ادخال ہو جاتا ہے اور اس کے اثر سے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

نقرس (gout) اور اس سے مماثل حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک معرض بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہو جاتے ہیں یا آیا خرد و عضویہ پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں؟ یا آیا جراثیمی سموم یا دوسرے کیمیائی مرکبات جیسے کہ پیورینس (purins) یہ فساد پیدا کر دیتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائیڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک سنی حالت پیدا کر دے، جہیں تپ، متلی، ہری اجابتوں کے ساتھ اہمال اور تمد و شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیپ دار پھلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا، خواہ یہ راست تسیم کے باعث ہو یا جیسا کہ بعضوں کا یقین ہے، استہفاف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزو عامل و پمپی کا مرکز بن گیا ہے، یعنی مزمن قبض یا معدی رکود جو احتباس براز پیدا کر دیتا ہے، سر آرٹھنٹ لائن (Sir Arbuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قائم رکھنے سے آنتوں میں لٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کہ ان کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انضامات بن جاتے ہیں اور یہ کہ ازاں بعد ملل احتباس کی وجہ سے اور مجبوس برازی مادے کے زائد بوجھ کی وجہ سے لفافہ کے آخری سرے پر اور آٹنا عشری میں شنیات بن جاتے ہیں جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اس سے اوپر کے

حصوں کا اتساع پیدا کر دیتے ہیں اور ساتھ ہی تمام احشاکا عمومی سقوط بھی ہوتا ہے۔ اس معوی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اس طرح مجبوس ہو جاتا ہے اس سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے مضر اثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں: — التهاب زائدہ دودید (appendicitis) 'اشناعشری قرح' شنج بواب (spasm of the pylorus) 'معدی اتساع' (gastric dilatation) 'معدی قرح' 'معدے کا سرطانی سلعہ' اور جو فیبری سیلان ریم (pyorrhoea alveolaris) -

مریض کی عام حالت میں اس معوی رکود سے جو قسم پیدا ہو جاتا ہے وہ اس جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے: — ہاتھ ٹھنڈے، دوران خون ناقص، چہرے کا رنگ کسبیا ہی مال، چہرے اور بدن کی لونیت، صلبیہ کا دھندلا پن اور ملتحمہ کا بہتج، ذہنی سستی، انخفاض، دروسرے خوابی، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت، وجع العصب۔ وہ بیان کرتے ہیں کہ اس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص متکلف ہوتے ہیں: — چربی کم ہو جاتی ہے، گردے لٹک پڑتے ہیں، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے، پستان کا دوریری مرض (cystic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت باسانی واقع ہو جاتی ہے۔ 361

لیکن یہاں اس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے مشاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مزمن معوی رکود دراصل اس قدر خراب نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اس ہناکت اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں جو استبطان کی عادت کے باعث نویاب ہو جاتی ہے، اور بالخصوص اپنی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آر تھور کیتھ (Prof. Arthur Keith) معار میں رکود کے مبداء کے متعلق سر آر تھور ناٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ معار اور معدے کے حرکات پر لاشاعوں کے ذریعہ مشاہدات اور آؤربیک کے ضغیر (Auerbach's plexus) اور متلازم معوی ساختوں کی خوردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکات دودید، معوی قنال میں جدا جدا نقطوں سے شروع ہوتے ہیں جو ان حرکات

لحاظ سے مندرجہ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں: ۱۔ اشنا عشری، صائمی لفائفی، قُرَنی، قولونی اور بُعدی قولونی۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دودیر بالائی سرے پر زیادہ فاعلی، اور جوں جوں وہ نیچے کے طرف بڑھتی ہے نسبتاً کم فاعلی دیکھی گئی ہے، چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلہ عاصہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے۔ کیونکہ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی حوفی اُذنی گره (sino-auricular node) سے متماثل، ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے، جسے وہ اسی واسطے کو بیبی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اور ماساریقی (اور بیک کے) ضغیرے کو وہ اُذنی بطینی بندل (auriculo-ventricular bundle) کا مثیل تصور کرتا ہے۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اس کی بالائی گره ہی بافت سے نیچے کے طرف صدات کے با نظم انتقال میں تغیر و تبدل ہونا متعلقہ شعبہ میں معوی رکود کی توجیہ کر سکتا ہے بغیر اس کے کہ تیسرے بیان کردہ افضامات، بندوں اور ثنیات کی ضرورت ہو۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ ممکن ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو۔

علاج نہایت کامل طور پر اور طبی اصول کے مطابق غذا، مہملات، اور دوسری تدبیروں کے ذریعہ سے اسی طرح پر کرنا چاہئے جیسا کہ ”قبض“ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

اسہال

(DIARRHOEA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کے نسبت زیادہ بار بار اور زیادہ تپلے قوام کی ہوں۔ یہ زائد حرکت دودیر، امد زائد معوی افراز یا قلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے: ۱۔ (۱) معدلہ زاد، اکثر کم نمک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشہ نمک دن میں تین بار دینے پر اسہال رُک جائے۔ معدی صائمی تغویہ کے بعد اسہال ہو سکتا ہے۔ (۲) چھوٹی آفت

سراپت، جیسی کہ نازلتی التهابِ امعاء، تپ محرقہ اور تدرن میں ہوتی ہے، اسہال کا سبب ہو سکتی ہے۔ تدرن میں پاخانوں کی نابینگی اور غیر ہضم شدہ نوعیت کی جذب کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ مرضِ شکمی (celiac disease)، مزمن التهابِ لبلبہ (chronic pancreatitis) آپرہ (sprue) اور مرضِ چربشی (lardaceous disease) کا اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۳) قولون اور معاء مستقیوں میں اسہال کے اسباب کثیر المقداد ہوتے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: - زحیرات (dysenteries)، تفرجی التهابِ قولون، عاوا التهابِ قولون جو اکثر عفونت ہائے دمویہ کے ساتھ مثلاً نبتی دیوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التهابِ گروہ کا قولونی التهاب، خیرث مرض، وہ خراکش بوسہلات اور حقنوں کے پیچھا انتقال کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ (۴) معکوس امسکالات التهابِ مرارہ (cholecystitis) اور التهابِ زائدہ وودہ (appendicitis) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام، جذبات یا ہیٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کر سکتا ہے، اور اسہال کی ایک شاخ قسم ہے جو نرل نخاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گروہ ہے، جس میں مرضِ گرلہ (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہو جانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں مائعات کا بار بار خارج ہونا بذاتہ یہ ظاہر نہیں کرتا کہ آنت کی قنال کھلی ہے۔ مثلاً انعامِ معوی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسد پیدا کرتا ہے، مخاط اور خون کا اخراج ہو جاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال، مغرور براز کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستہ جو اینچے جا سکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں مکن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو کہ تسد کے اوپر جمع ہو جاتا ہے، کی قدر مقدار تسد کے وار پار گزرنے دے، اور اس طرح اسہال کا اشتباہ پیدا ہو جائے۔ ان کو اسہالات کاذب کہتے ہیں۔

اقسام۔ ان مادوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں، اسہال کے مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہال ہیضوی (choleraic diarrhoea) ہوتا ہے، جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے، یا چانول کی پیچ جیسے ہیضہ کے دتوں

کی طرح ہوتے ہیں۔ یا سرخ جیری اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط بڑی مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے۔ اسہال خلیفی (lienteric diarrhoea) جس میں معدے میں غذا پینچتے ہی پاخانہ ہو جاتا ہے۔ یہ غالباً طبعی معدی قولونی معکوسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50)۔ اور اسہال صفراوی (bilious diarrhoea) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے یا سبزی مائل بھورے رنگ سے گہرے لتون ہوں جو صفراء کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث اتنا نہیں ہوتا جتنا کہ اس سبب سے کہ اثنا عشری اور صائم کے مافیہ جو صفراء سے لتون ہوتے ہیں، غذائی قتال میں سے سرعت کے ساتھ گزر گئے ہیں اور صفراء کے متغیر شدہ لتون (یعنی یوروبائیلین = urobilin) کے قدرتی باز جذب کیلئے وقت نہیں ملا ہے۔ اسہال ذوبانی (colliquative diarrhoea) کی اصطلاح اُن کثیر المقدار خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو سِل ریوی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں۔ اسہال بحرانی (critical diarrhoea) کی قدیم اصطلاح اس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحران کے ذریعہ سے ہو۔ یہ اسہال غالباً ایک متلازم معوی قولونی التهاب کے سبب سے ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا انحصار سبب پر، یا متلازم حالت پر ہونا چاہئے۔ بیشتر امابتوں میں جو نوعی نہوں، وہی علاج اختیار کیا جاسکتا ہے جو التهاب امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اسہال خلیفی کا علاج پوٹاسیم برومائیڈ (potassium bromide) کی پوری مقداروں سے کیا جائے، کیونکہ اس کا انحصار ایک مبالغہ آمیز معوی معکوسہ پر ہوتا ہے۔

نزف معوی

(HÆMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ معا مستقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپ معویہ میں اور

معدی اور اثنا عشری قرحہ میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرحات (مثلاً زحیر اور تقرحی التہاب قولون) انخاد الامعاء، سنگاٹڈ اور معار مستقیم کے سرطان، شدید امتلا کی اصابتوں ماساریتی عروق کی سداویت یا علقتیت، پریپورا اور مہوی مرض کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس امر سے کہ خون کس طور سے آتا ہے اس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آ رہا ہے۔ معدی اور اثنا عشری قروح کے ادما میں خون افزات سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے، اور ایک سیاہ، کوتار کا سانیم مانع یا راب جیسا تو وہ بنا دیتا ہے (براز دہرا الاسود)۔ ٹائیفائیڈی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتاً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا اور قلوئی مافیہ کے فعل کی وجہ سے زیادہ سیال ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے ٹھکوں کی صورت میں مخاط یا ریم کیساتھ یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بوا سیر سے یا معار مستقیم کے قرحہ سے ضائع ہوتی ہیں۔ یہاں ادما عموماً تیز کے فعل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تو دہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پانخانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے دار الحفری (scorbutic)۔ پریپوری اور نزفی حالتوں (اسکروی، نزفی پریپورا) جگر کے حاد زرد بول، acute yellow atrophy، خبیث چمک malignant variola میں خون معار مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معار کے اس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلے یا اس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) کم و بیش براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی قلیل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج ان مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اسے پیدا کر سکتے ہیں۔

قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظِ قولون سے ماخوذ ہے، اس سے مراد وہ شنجی دردِ شکم ہے جو حشائی مبداء رکھتا ہے۔ وہ اس زبردست دودی الحرکت انقباض سے پیدا ہوتا ہے جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پر سے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج غالب میں ہو سکتا ہے (قولنج کلی = renal colic) یا صفراوی فنا توں میں (صفراوی یا کبدی قولنج = biliary or hepatic colic) یا اعما میں (معوی قولنج = intestinal colic)۔

بحث اسباب۔ معوی قولنج کا ایک عام سبب خراش اور اوزنا سبب اغذیہ ہیں، جیسے کہ لحم خنزیر، پنیر، ہرن نیل گائے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا ثقیل گوشت، سیب دار مچھلی، بریلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر مشہد یہ غذا کا بلکہ سادہ بسیار خوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی مشہلات شمار کئے جاسکتے ہیں۔ اس کے برعکس، قولنج کے ساتھ اکثر قبض متلازم ہوتا ہے، اور قسم رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے، خواہ یہ قسم حاد ہو یا مزمن (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ شاید بعض اصابتیں ایک خالص عصبی مادہ کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں مثلاً ہزال نخاعی میں معدی بحران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں، آنت کے میکانی اور حادثاتی ضررات جیسے کہ تخنیق اور انعقاد الامعاء شدید دروید کر دیتے ہیں جو جزء یا بکھڑا عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً ان حالتوں کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیر ساخت یا التہابی تغیر نہ ہو۔

علامات۔ اہم علامت درد ہے، جو ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے، لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اردھر اوھر پھیر سکتا ہے۔ دبانے سے اس درد میں اکثر افاقہ ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر بھنچا ہوا ہوتا ہے اور عضلات شکم منقبض ہوتے ہیں یا ریح کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ متمدد ہوتا ہے۔

جب رنج موجود ہوتی ہے تو اس وقت جب کہ اختلاف پذیر معوی شنج اسے آگے دھکیلتا ہے اس کی حرکت سے قراقر پیدا ہو جاتے ہیں۔

مکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت بہوٹ پیدا کر دے جس کے ساتھ چھپا پسینہ بکثرت آئے اور نبض صغیر و ضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔ اکثر قبض ہو کر آتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ جو قولنج پیدا کر دیتی ہیں، ابتلاً فاطی اسہال پیدا کر دیتی ہیں، جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد غماط آتی ہے۔ یہاں قولنج ایک متعین گو خفیف التهاب امعاء کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مسہلات بھی مڑوڑ اور "قولنج نما" درد پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً ہر تفریح کے بعد کم ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حاد التهاب یا حاد معوی تسد کے دردوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتی ہے، مینز خصوصیات یہ ہیں:۔ مریض کی بے چینی جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ اور صدر بھینک رہا ہو۔ اس کی حمیدہ وضع، کیونکہ شکم پرو باؤ پڑنے سے دردیں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے۔ در آنحالیکہ دوران درد میں استواری کا ہونا عام ہے، درمیانی وقفوں میں ٹھیلیاں ہوتا ہے۔ مکن ہے کہ درد ایک مخصوص سمت میں جائے، بالخصوص کلوی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔

علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد شکم کی امصابتوں کا علاج نہایت احتیاط کے ساتھ کرنا چاہیے۔ اگر درد یقینی طور پر خراش اور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے مسہلات کے استعمال سے افادہ ہو جاتا ہے جیسے کہ ایک اونس ارنڈی کا تیل (castor oil) یا ہوند صغیرہ افیون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اونس میگنیم سلفیٹ (magnesium sulphate)، ۱/۲ ڈرام صغیرہ (tr. hyoscyani) کے ساتھ یا ہ گریں کیلومیٹ (calomel)۔ اور قولنج رصاصی (lead colic) کا بھی اسی اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ گرم پانی یا کیٹر آئیل کا حقہ بھی مفید ہو سکتا ہے اور گرم تھکدات یا گرم پانی کی شیشی شکم پر لگائی جاتی ہے۔ نیز ۱/۲ تا ۱/۴ اگرین پیسیا ویرین ہائڈروکلورائیڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع شنج (antispasmodic) کے طور پر براہ دین آزمائی جاسکتی ہے۔ اگر ایسا کوئی شبہ ہو کہ

التهاب زائدہ، التهاب باریطون یا تہد موجود ہے تو مسہلات سے احتراز کرنا چاہئے۔ اور علاج بالعطیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہئے۔

معوی التهاب

(ENTERITIS)

فناں غذائی کے مختلف حصوں کو موقوف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التهاب یا آنتوں کا التهاب کہا جاسکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلتی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ لفاغنی کے تدرنی اور ٹافائی تقرح۔ قولون کا وہ تقرحی التهاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حادثات جو انعام الامعاء اور تخنیقات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں فی الحقیقت سب کے سب معوی التهاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی تمیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اولی عارضہ کی علامات سے ماورا ہوں۔ علاوہ ازیں دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التهاب کے ساتھ ہی التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو مخاطی طبقہ کے التهاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہذا ان حالتوں کی تعداد جنہیں معوی التهاب کی حیثیت سے جداگانہ بیان کرنے کی ضرورت ہے، صرف تھوڑی ہی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التهاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

یہاں معوی التهاب کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی جائیں گی:۔ نازلتی

364

معوی التهاب (catarrhal enteritis) صبیانی معوی التهاب (infantile enteritis)

enteritis، تسمم غذائی (food poisoning)، اسپرو (sprue)،

دُفٹھیریائی معوی التهاب (diphtheritic enteritis)، فلوخونی

معوی التهاب (phlegmonous enteritis)۔

نازلتی معوی التهاب

(catarrhal enteritis)

(معوی نازلت = intestinal catarrh)

ہر وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر، اور سہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سری لگ جانے کی طرف بھی منسوب کی جاتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں نسبت بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرما اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرما میں اس کی کثرت وقوع سے ہر عمر کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیرخواروں پر بالخصوص حمل ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں، انفعالی املاء، معار کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ معار کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ بافتیں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سرطانی خلیات، مہ کیبرکون کے غد کے سرطانی خلیوں کے، متورم، ابراؤد ہو جاتے ہیں، اور علیحدہ ہو کر وہ مخاط بنا دیتے ہیں جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے، اور بین اٹیبیسی بافت میں خلوی درریزش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں جراثیم منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تاوکل واقع ہو کر چھوٹے چھوٹے قروح پیدا ہو جائیں (جوابی معوی التهاب = follicular enteritis)۔ بعض اصابتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی تقرح واقع ہو جاتا ہے اور ان کے افزائش میں مخاطی ریشم بلکہ ریشم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التهاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر بتدیرج ایک مزمن حالت بن جائے، جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس میں بہت کچھ دبازت پیدا ہو کر سطح کا رنگ سلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکثر بالخصوص شیرخواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذبول ہوتا ہے جو غدی

تہ کو تاؤف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطی کی عضلی تہ کو، اور تحت المخاطی بافت کو صحیح و سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات - معوی التنباب کی خاص علامت اسہال ہے، یعنی پانچاؤں کا بار بار آنا، جن کا قوام پتلا یا مائع ہو۔ اس علامت کا سبب نہ صرف ان افرازاں کا تغیر و تبدل ہے جو معوی قنال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حد تک ان حرکات و دوری کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداءً کثیر المقدار مائع، اور بھورے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبتاً زیادہ ٹھوس مادے کے گالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن جلد ہی وہ نسبتاً پھسکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا مکن ہے کہ زردی مائل، یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا، یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں لمبوں مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین کے نیچے غیر مضہم شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریشہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی، مع امونیم لیگنٹیم فاسفیٹ کی قلموں، سرعلی اور ربی خلیوں، اور جراثیم کے نظر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

تولنجی درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہونے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی الیمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی معوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقرسنائی دیتے ہیں۔ تپش مختلف ہوتی ہے۔ بھوک اکثر اوقات باقی رہتی ہے، مریض کو پیاس کی شکایت ہوتی ہے، اس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کینقہ زردار ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو حد درجہ کی جسمانی کمزوری ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حادثہ قہ کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ مگر ہے کہ اسہال دفعۃً معیوق ہو جائے، اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں تدریجاً کم ہوتی جائیں اور ان کا قوام تدریجاً سخت تر ہوتا جائے۔ حسبہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے تو مریض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں پانی جیسے مخاط کی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی ٹروڑے درد ہوتے ہیں۔ غذا کے نامکمل ہضم جذبے

مکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

معوی الثباب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتہً ایک معوی قولونی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز مکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا شبہ اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ مآؤف ہو۔ اس کے ساتھ اسہال کی موجودگی کا امکان کمتر ہوتا ہے، کیونکہ اسہال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہئے۔ تفریقاً میں اکثر صفراور اور غیر مضغ شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتہً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاط جدا جدا ٹوندوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خود ریم بھی پہچانا جاسکتا ہے۔ جوں جوں نازلت معاء مستقیماً سے قریب تر ہوتی ہے تائیر کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہئے۔ شدید امعاءتوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض جتنا پینا چاہے اُسے دینا چاہئے۔ ازاں بعد معمولی کھانے کے بجائے آسش، اراروٹ، گائے کے گوشت کا عرق یا بکری کے گوشت کی میخنی جس کے ساتھ نیکی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر، یا دودھ اور چونسے کا پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں ہوا دینا چاہئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہئے۔ علاج کا آغاز ایک مہل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ارنڈی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہو سکتی ہے، یا ریونڈ چینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلول (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آئے تک اُسے آزادانہ تفریق خوب ہو چکی ہوتی ہے، اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودھ کی زیادتی اور وافر اخراج کو روکا جائے اور درمیں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہذا انجیر آف اوپیم (tincture of opium) قطروں کی معتادوں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں، اور اُسے ایسے حاسات کے ساتھ شریک کر سکتے ہیں جیسے کہ ہیماتوکسولم (haematoxylum)

کتھا، ٹیانی جن (tannigen) (ہ گرین برشامہ کے اندر) ایرو بیٹک چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder) یا مرقق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) - بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور بسمتھ سیلی سیلیٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں اور ایون کے ساتھ دئے جاسکتے ہیں۔ اگر مڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔ اگر اسہال موافق اور خشکی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لاؤڈیم (laudanum) کے ۵ قطرے موجود ہوں اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔

صبیانی معوی التهاب

شیر خوار بچے کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) دارالعصبی بچہ میں جو کہ تمام ہتیمات کے لئے غیر طبعی طور پر خراش پذیر ہوتا ہے، بڑھی ہوئی حرکت دودی بآسانی پیدا ہو جاتی ہے اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں جو اکثر اوقات اس وافر غذا سے جو کہ بچہ کا دلونا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر، بیش خورانی سور الہضم پیدا کرتی ہے جو کہ ریجیت اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حاد اسہال کے حملہ سے پہلے عدم اشتہا اور بچہ پانی پانی جاتی ہے۔ یہ بیش خورانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے دودھ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرق اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملہ سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سرسبز اضافہ پایا جاتا ہے۔ پستان پروردہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی اتنی اہمیت نہیں رکھ سکتے۔ گوکہ ولادت کے فوراً بعد ایسا اسہال جس میں ترشخی سبز پاخانہ ہو عام طور پر ملتے ہے اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور ملوث دودھ امعاء میں تخمیر پیدا کرتا ہے جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی مصنوعات سے غذائی ذلہ کا نتیجہ

ہونا غالباً ایک شاذ سبب ہے، گوکہ چھوٹی چھوٹی وبائیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیغی اسہال (وبائی صیانی اسہال) کا حدوث کرہ ہوائی پیش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع پیش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تسخّل کم ہو جاتا ہے اور غذائی قنالی معکوسات مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ پیاس کی طلب کو پورا کرنے کے لئے دودھ کی در آمد غلطی سے بڑھا دی جاتی ہے، بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا چاہتا ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عضویات سے ملوث ہو جانے کا جو کہ بلند تر پیش پر نشوونما حاصل کرتے ہیں اور کھیلوں کے ذریعہ اس تک آسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہو چکی ہوتی ہے، تاوقتیکہ غذا کی محتاط تقسیم کے ذریعہ عضویات کو ہلاک نہ کیا جائے، آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بلے چینی اور اچاٹ نیند شیر خوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں۔ بالعموم کسی ایک پستان پروردہ بچے متاثر ہوتے ہیں، لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آسکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوء ہضم میں مبتلا ہوتے ہیں، ان بچوں میں تسخّل پہلے ہی کم ہوتا ہے اور ابتدائی یا متنازعہ سرائیوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

علامات خفیف سوء ہضم کے علامات سے لے کر تسخّم کی علامات تک انتلافت پذیر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر حالت تدریجی التهاب سحیا (tuberculous meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے، الا یہ کہ جب بچہ کو چھیڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ پیش ہونا عام ہے۔ بعد ازاں یہ اکثر گرجا تا ہی کیتونیت کے ساتھ بسا اوقات گرسنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ سیال کے نقصان سے پست یا فوخ اور خشک بے لچک جھری دار جلد پائی جاتی ہے خاص کر شکم پر۔

شعبی ذات الریہ عام ہے۔

تحریر۔ بیش خورانی سے اور بار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے مینوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جاتا، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وافر آمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہئے۔ موسم گرما میں غذا کی کلی درآمد گھٹا دینی چاہئے، اور پیاس بجھانے کے لئے جوش دیا ہو یا پانی استعمال کرنا چاہئے۔ دودھ حتی الامکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہوتا چاہئے اور استعمال سے قبل اس کو عقیم کر لینا چاہئے یا بطریق پاجر گرم کر لینا چاہئے۔ اگر میوہ میسر ہو تو روز کی رسد شیر اس میں رکھ دینی چاہئے، اور اسے صرف استعمال سے ذرا پہلے گرم کر لینا چاہئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو، تو خشک، کرودہ و دودھ کی تجزیات میں سے کوئی ایک استعمال کرنی چاہئے۔ تمام بوتلیں، ظروف اور چوسنیاں کال طور پر صاف ہونی چاہئیں، اور ان کو مکھیوں کی رسانی سے بچانے کے لئے ڈھانک کر رکھنا چاہئے، اور استعمال سے پہلے جھلا لینا چاہئے۔ ترویج، کمرہ کی تیش، اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی پہرمانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

علاج۔ اگر اسہال شدید نہ ہو، تو آرٹھی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر مافیا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے لے کر ۲ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہئے، لیکن جوش دیا ہو یا پانی آزادانہ دیا جاسکتا ہے۔ اس مدت کے بعد اگر متلازم قے موقوف ہو گئی ہو، تو غذا کو بتدریج بڑھایا جاسکتا ہے، لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہئے، اور غذا میں گذشتہ غلطیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اسہال غیر معانی سرایت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گھٹا دینی چاہئے، دودھ کو پیتھینیدہ کر لینا چاہئے اور پانی آزادانہ دینا چاہئے۔ اسہال میں افاقہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہئے جب کہ ساری عمل میں افاقہ ہو۔ دارالعصبی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو صنفیہ (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ مزوج ہوں، بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

ماحول کی تپش حتی الامکان ستر رکھنی چاہئے۔ والدین اور ممرضات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی مہاریت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہئے۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے، لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رینجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھویا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا، اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ سیال بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائینٹ گزرنے دیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کلورل کی ایک خوراک دینی چاہئے اور اسے سونے دینا چاہئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا پیچ جائے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں اور نسیم میں اگر مذکورہ بالا اندامیں ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۴۵ فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس کے مسلسل دروں وریدی تقاطع کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ بالعموم اس علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولیم کی راہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلومیٹر وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۳۰ سی سی ہونی چاہئے۔ بہتج کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے، اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج کا اقدام نہ کرنا چاہئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان زیر جلدی یا دروں باریطونی اثرات کے ذریعہ پورا کرنا چاہئے۔ بہوٹ کی علامات کی چارہ جوی برائڈی (۰۱ قطرات) سے جو کہ ترقیق کر کے براہ دہن دی جاتی ہے، یا سٹرکینین (strychnine) (بیلم گرین) کے اثرات سے کی جاتی ہے۔

غذائی تسمم

(food poisoning)

367

انگلستان میں حادثہ غذائی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گروہ سالمونیلہ

(salmonella) کی سرایت ہے، اور ان میں سے عصیہ ایڈیٹرنگی (B. ærtryche) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیہ ایک پست شرح موت، یعنی تقریباً ایک فی صدی غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اس کی حملہ آور قوتیں پست ہوتی ہیں۔ تو ان وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیسٹرکک عصیہ التهاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو نسبتاً زیادہ تشویشناک اثر کا باعث ہوتا ہے۔ عصیہ طاعون خنزیری (B. suispestifer) انسان کے لئے پست تشویش رکھتا ہے اور تسم کا ایک شاذ سبب ہوتا ہے، اگرچہ وہ ستوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ اعصیے گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ "بنائے ہوئے" گوشت (meat "made up")، "پنیر" "پھلی" "کیکڑوں" ام الحول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں، بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (54) تک میں داخل ہو جاتے ہیں۔ لیکن سالمونیلہ کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور ٹین کے ڈبوں میں بند کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہو سکتے ہیں، حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ خود عصیہ تلف کر دئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹومیلنس (ptomains) ۷۲ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ عصیات محرقہ نما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی قسم نہیں پیدا کرتے، لیکن عصیات زحیر (dysentery bacilli) ۴۴ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ زحیر (سانی: Sonne) کی ایک وبا حال ہی میں ہوئی ہے (55)۔ عصیہ کلنگینہ (B. botulinus) جو التهاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں بالخصوص جگر اور خون سے بنے ہوئے کلموں میں پایا گیا ہے، اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ٹین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور ہریوں میں۔ اس کے بذریعہ قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ عصیہ ناہوا باشی طور پر بالیدگی مائل کر کے ایک ایسا سم پیدا کر دیتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے، مگر جو ۸۰ درجہ سنٹی گریڈ کی تپش سے آسانی تلف ہو جاتا ہے (53)۔

”گیسٹرکک“ اور ”ایڈیٹرنگی“ کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: قے، اسہال، قوائیج درد، سن پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی شاید البیومن بولیت، نازلتی ذات الریہ،

اور جلدی ضررات جیسے نملہ، احمرار، شری اور نشتی نزفات۔ نسبتاً کم حاد اور زیادہ طوالت یافتہ اصابتوں میں محرقہ یا محرقہ نما بخار سے قریب ہی مشابہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحانات بعد المات سے حاد و معدی معافی التهاب ظاہر ہوا ہے، جس کے ساتھ بعض اوقات نزفات پیپیر (Peyer) کی چکیتیوں کا توڑم، کلانی طحال، اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خون آنتوں، یا ٹھوس اعضا سے عیسے علیہ کہے جاسکتے ہیں۔ ان عضویوں سے پیدا ہوجانے والے غذائی قسم کو ٹائیفائیڈی اور پیرا ٹائیفائیڈی سرایتوں سے متفرق کرنا چاہئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ ان مختلف عضویوں کے لئے مریض کے مصل کی الزا قی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصبہ کلنگینہ سے پیدا ہوجانے والے علامات، جنکو کمکی (botulism) کہتے ہیں، نظام عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں: قوت توفیق کا شل، دو نظری، استرخاء الجفن، عسر البلع، بے صوتی، اور قلت افراز رقی۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوش رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے، نہ بول سکتا ہے اور نہ نکل سکتا ہے، اور حرکات نفس بتدریج مشلول ہوجاتے ہیں (56)۔

علاج۔ معدی معوی التهاب کی اصابتوں میں مزید سرایت کو روکنے کے لئے معدے کو دھو ڈالنا چاہئے، اور بہت مہبوط کی اصابتوں کے سوائے دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک ملین دے دینا چاہئے۔ مہیجات جیسے کہ براڈی، ایتھر اور آیمونیا کی اکشر ضرورت ہوتی ہے، اور اگر اسہال ایک نمایاں علامت ہو تو افیون قلیل مقدار میں دینا چاہئے، مثلاً اس کے صغیہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت مہبوط کی اصابتوں میں سخت الجلد بافت کے اندر طبی مالح کا شراب کرنا چاہئے۔

شکمی مرض

(coeliac disease)

یہ نام جی (Gee) نے بچوں کے ایک غیر مسسولی مرض کا رکھا ہے جو اسپرو (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو، بیس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے، شاہب یا تقریباً بے رنگ نیم سیال کثیر المقدار آشش یا دلیہ جیسے پاخانے ہوتے ہیں جن سے نہایت ناگوار بو آتی ہے۔ ان پاخانوں میں چربی بہت ہوتی ہے، اور شخصی تڑشے کے ساتھ کیلیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم بڑھتا ہے لیکن تناہوا نہیں ہوتا۔ ریجیت موجود ہوتی ہے مگر قے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک میز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاہب ہو جاتا ہے، اور وہ دبلا اور بے پروا ہوتا جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہو سکتی ہے۔ بچہ کی بالیدگی میں نمایاں تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ اس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس مرض کو بعض اوقات شکمی تصبئی (coeliac infantilism) کہتے ہیں۔

یہ حالت گاہے گاہے بالغوں میں بھی ملتی ہے، اور خود روسیلان الدھن (idiopathic steatorrhea) کہلاتی ہے۔ بالعموم ہرگز شست کا سراغ بچپن تک لگایا جاسکتا ہے۔ دوسرے خصائص یہ ہیں :- قولون کا اتساع، تکثر زلینت اعظام، عدم دمویت، اور جلدی اضرار۔ مصلیٰ فاسفورس اور کیلشیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں جس کی وجہ سے تکثر ہوتا ہے، اور پاخانوں میں ان کی برآمد بڑھ جاتی ہے (51)۔

شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے اور دھاتیوں کی قلت کی علامات ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، گو کہ کساحتی منظم صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنٹوں کے اندر شحم کا ایراز ہوتا ہے، کیونکہ اگر یہی روغن براہِ دہن دیا جائے تو وہ پاخانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تسلی بخش ہے (سنیپر: Snapper)۔ دیگر قلعی علامات غذا و ہی کی مشکلات سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ شدید عدم دمویت عام ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خرد خلوی ہوتی ہے، اور بعد میں یہ احمقہضی ہو سکتی ہے۔
 علاج۔ سٹمرن سے اجتناب کرنا چاہئے، اور حیاتیاتیں مرکز شکل میں بہم پہنچانی
 چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر مشتمل ہو نشوونما پاتے ہیں۔
 مالٹ زدہ رسکز (malted rusks) مرے، چوزہ، یخنچ، پانی میں اُبالے ہوئے چانول
 آلو، اور مسور سے تیار کیا ہوا رولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے
 ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیاء دیکھا جاسکتی ہیں، تبدیلی
 حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہئے تاکہ بعض اشیاء کے متعلق نفرت کا
 ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے، جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ
 جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوی ہو تو خلاصہ جگر (liver extract) اور مارایٹ
 ضروری ہوتے ہیں، اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لوہا دینا چاہئے۔
 مناسب علاج کرنے پر اندازاً صاف اچھا ہوتا ہے۔

فلغمونی التهاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التهاب میں آنت کے تمام طبقات، مہ مصلی طبقہ یا باریطون کے
 ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سرخی اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، مخاطی اور
 تحت المخاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز، زیادہ نرم اور زیادہ بھر بھرے ہو جاتے
 ہیں کہ جتنے طبعی حالت میں ہوتے ہیں، اور باریطون عروقی، چھپچھپ، یا لمف سے
 ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التهاب الامعاء مقامی التهاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے، یا
 متصلہ حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا انخاوا الامعاء یا فتن مخنوق سے پیدا ہو جاتا ہے۔
 علامات، اکثر اس التهاب باریطون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا
 ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں: درد، مقامی الکیمیت، ہبوط، تمدد و شکم اور حموی تعامل۔
 مذکورہ بالا خالص سرایتی اصابتوں میں معوی تد کے علامات ظاہر ہوئے۔
 علاج میں اولی سبب کا تدارک ملحوظ رکھنا چاہئے، اور اگر یہ موجود نہ ہو تو علاج
 تقریباً وہی ہوگا جو کہ التهاب باریطون کا ہے۔

التهاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التهاب بھی وہی اقسام پیش کرتا ہے جو دوسری مخاطی اغشیہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ وہ نازلتی ہو سکتا ہے یا تقرحی۔ نازلتی التهاب القولون اکثر عمومی مہوی قولونی التهاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مماثل اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مماثل علامات رکھتا ہے، یعنی درد، تمدد، آلمیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاط، بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر ضرر معاً مستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہو سکتی ہے۔ نازلتی التهاب القولون حاد یا مزمن شکل میں موجود ہو سکتا ہے، اور اس کا علاج التهاب الامعاء کے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں۔ ٹائیفائڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قرحات اعور اور قولون صاعد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفائفی میں مماثل ضرات اس کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ آتشکی قرحات معاً مستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقرح، عصیمی اور ایمیبائی جیر، قفیزہ قولونی (*balantidium coli*) کی سرایت، اور معائی شستوسومیٹ (مشتوسوم) مینسونائی (*schistosoma japonicum*) اور شستوسومہٹا جاپان (*schistosoma japonicum*) کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ وہ جو کہ دار الجانین اور جلیخانات کا تقرحی التهاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات دبائی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیرہ جو کہ عضویات کے فلیکسزوائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزمن تقرحی التهاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

مخاطی غشائی التهاب القولون

(mucous-membranous colitis)

(مخاطی قولنج = mucous colic)

(مخاطی التهاب القولون = mucous colitis)

مخاطی غشائی التهاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں غشاء کے

بڑے بڑے ٹکڑے یا سببک براہ مستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبانی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اس مرض میں عموماً عادی قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکلی بے آرامی، اور مزمن سوز، ہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حملہ کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشائوں کا اخراج ہوتا ہے۔ اس مرض میں قولون کے ناگہانی شبخی انقباضات ہو کر مخاط حد سے زائد پیدا ہوتی ہے۔ اس کی ترویج غیر میو سینس (mucinase) سے ہو جاتی ہے، کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں محبوس رہتی ہے اور پھر جا کر خارج ہوتی ہے۔ یہ سببک طول میں کئی انچ بلکہ کئی فیٹ ہو سکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں، اور پھسلکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور ان میں سرطلی خلیے، ایوسین پند سپید خلیے، کا لیسٹرین (cholesterin) اور یوگیم ٹیکنیسم فائیٹ (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں لیکن ہے کہ معویہ سر یک بھی خارج ہو۔ عموماً کستدر نازلی التهاب القولون موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درونہ کی تنگی کا مشاہدہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کر لینے کے بعد لاشعاعی نگار ششوں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کر سکتا ہے، لہذا اسکی موجودگی کی صورت میں سکائیڈین کا استعمال کرنا چاہئے۔ لاک ہارٹ فمری (Lockhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی التهاب (pericolitis) تشتی (kinking)، استرخاؤ احتسا (visceroptosis) اور حرم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے۔

ان میں سے بعض اصاباتوں میں سکائیڈین کے ذریعہ غشاء مخاطی کا اشتراک، اُذیا، اور تقيج دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو اتنی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ جو ہر قسم کی میکانی خراش پیدا کرنے والے ذرات، ریشوں وغیرہ سے معزا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، آٹا، پائنٹ نیم گرم پانی یا ۱۰ اونس روغن زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید لفعل مسہلات سے اجتناب کرنا چاہئے کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کر کے حالت کو

خراب تر بنا دینگے۔ روغن بید یا تخمیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ لکڑی پیرافین بھی تھل کی جاسکتی ہے۔ لفاح درد کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے، جس میں پھل اور سبزیاں ہوں جو زیادہ تر بے کجائی ہوتی ہوں، اور جن کے ساتھ موٹی پھلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں۔ یعنی یہ غذا متذکرہ بالا غذا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو دفع کر دیتی ہے جس میں مریض مبتلا ہوتا ہے۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہئے، اور مریضہ کے خیالات کو اس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہئے۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا مگر برسوں تک قائم رہتا ہے۔ کبھی کبھی تغویہ زائدہ کی گئی ہے، اور اس طرح بنائے ہوئے فتح کی راہ نفسی کی گئی ہے۔

تقرحی التهاب قلع لون

(ulcerative colitis)

(خطرناک التهاب قولون، خطرناک تقرحی التهاب قولون)

مرزمن تقرحی التهاب قولون، ایک غیر معلوم مبداء رکھنے والا مرض ہے جس کا امتیازی خاصہ برادری مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم، مخاط اور خون ملا ہوا تپ ممکن ہے موجود ہو یا نہ ہو، اور مرض کی حاد اور مزمن اشکال پائی جاسکتی ہیں۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔

بحث اسباب۔ تقرحی التهاب قولون یورپ، امریکہ اور دیگر جگہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو لیکن بعض اصابتیں مرزمن عفونی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانوں، لوزین اور اجواف کے بعد نمودار ہوتی ہیں، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی نبتہ کسیمی (Bergen) کا وسیع نبتہ (diplo-streptococcus) سیبی عفویہ ہے۔ دوسرے لوگ فیکسٹر وائی (Flexner Y) کو ذمہ دار سیبی عامل سمجھتے ہیں، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں نوعی عضویات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے، نہایت تسلی ناک محض

ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مدافعت کو مقامی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبعی جراثیمی نباتیات (flora) بالخصوص بفقہ سبجیہ، مرضیاتی نصاب اس اختیار کر لیتے ہیں۔

370

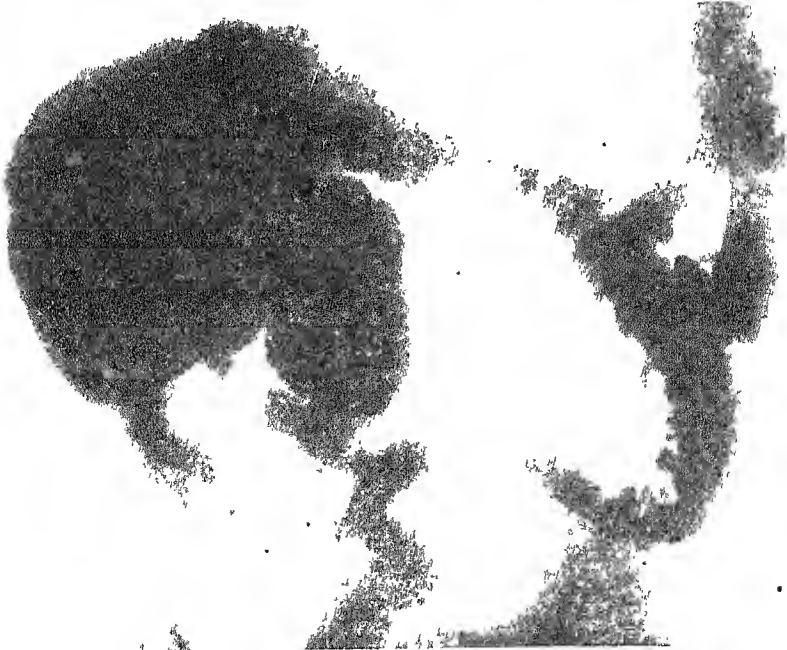
امراض نباتات۔ حاد خاطف اصابتیں عصبی زحیر سے مشابہت رکھتی ہیں۔ غشاء مخاطی کا عام شدید التهاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشاء کا تنفر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تفرج پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن اصابت میں معاستقیم کی غشاء مخاطی تیش ہو جاتی ہے اور ذخی تفرج ظاہر کرتی ہے اور آلہ کے استعمال سے یا سچا کرنے پر اس سے اوما ہونے لگتا ہے۔ بعد ازاں جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بدرتج ماؤف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دائمی ملتبہ ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز اور متکلف ہو جاتی ہیں اور اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر اصابتوں میں امتحان لاش پر دبیز متغضض آنت، بڑے بڑے روئیں دار قرحات اور ان کے درمیان التهاب زدہ یا سعدانہ دار غشاء مخاطی کی دھجیاں، نہایت ہی متمیز ہیں۔ بعض مقامات پر یہ قرحات مندل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے سرحد کی بازنگوین ہو رہی ہوتی ہے۔ مکمل اندمال سے بسا اوقات متحدہ سعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ حاد خاطف قسم کی اصابت میں آغاز دفعہ ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی شکی درد ہوتا ہے۔ اچھاتیں تاریک بھوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے ہمراہ، نمودار ہو جاتی ہے۔ شکی تمدد اور قولون پر الیمیت اور سیقدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی اور عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فقرہ ہوئے بغیر مرض سجایا۔ مزمن تفرجی التهاب قولون، ممکن ہے حاد قسم کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ اسہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جیل میں بدبودار پاخانے بار بار آتے ہیں جن میں مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ تپتی بے آرامی یا تا سیر نمودار ہو سکتی ہے۔ اور عدم دمویت اور کمی وزن نمودار ہو سکتی ہے۔ کم تک ترشگی عام ہے۔

۵ فیصدی اصابتوں میں یہ حالت ذراتی التهاب مستقیم کے طور پر شروع ہوتی ہے۔



الف۔ تقری الہاب قولون۔ سطح کی چھوٹی چھوٹی بے قاعدگیاں ملاحظہ ہوں (مصنف ہذا کے ایک مریض سے)



ب۔ بڑی آنت بیریم سے بھری ہوئی ہے اور قولون نازل میں عطافات ظاہر کرتی ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر ڈبلو لنڈے لاک نے لی ہے)

جو تدریج حوضی صاعد اور متعرض قولون میں پھیل جاتا ہے۔ آخر میں اعور ماؤف ہو جاتا ہے۔
 شاذ طور پر بڑی آنت کے فلکی رقبہ جات، معاصر ستقیم ماؤف ہوئے بغیر متاثر ہو جاتے ہیں۔
 پیچیدگیاں، نزف، انشقاب، تفسیق، آنت کی سحدانیت، سرطان اور التهاب مغالغ
 مشتمل ہوتی ہیں۔ ان امصابوں میں کہ جن میں سعدانے پائے جاتے ہیں، ۲۰ فیصدی میں
 بعد میں جا کر خباثت نمو یاب ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ سرگزشت اور پاخانوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہوتا ہے۔
 لیکن ہر امصابت میں سکما ٹیڈ بینی (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی
 توثیق کرنے کی ضرورت ہے۔ ممکن ہے ستقیم امتحان سے تے تنش عاصرو ظاہر ہو اور ممکن ہے
 سعدانے جس کئے جائیں، اور دستانہ پوش انگلی خون سے لٹھڑ جاتی ہے۔ سکما ٹیڈ بینی سے
 ایک بچیاں طور پر التهاب زدہ ذراتی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پچا رنے یا آتہ کے
 استعمال سے آسانی او ماہو ہونے لگتا ہے، نیز و فنی یا بڑی جسامت کے قرحات دکھائی
 دے سکتے ہیں۔ ستقیم اور قولون کا درونہ تنگ ہو گیا ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں بے لچک
 اور استوار ہوتی ہیں۔ چنانچہ اس کو ہوا سے متدد کرنے پر درد ہوتا ہے۔ سکما ٹیڈ بینی کے لئے
 عمومی عدم حدیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان رکبی صدارسی یا ٹھری
 وضعات میں کیا جاسکتا ہے، ایک خوب نمو یافتہ امصابت میں لاشعاعیہ سے انجوبی، قصر یافتہ
 آنت ظاہر ہوتی ہے جس میں تاجلی بالکل زائل ہو گئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع تقرح موجود ہو تو
 قولون پر نما اور کرم خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف)۔

انذار۔ خاطف امصابتیں ممکن ہے اپنے پورے عمر میں جموی رہیں۔ اور آغاز سے
 ۲-۹ مہینے میں مر جائیں۔ مزمن امصابوں میں ممکن ہے بجا کبھی نہ ہو، اور ان میں کئی مہینوں
 بلکہ سالوں کی مدت کا فترہ ہو سکتا ہے۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہو جاتی ہیں،
 بلکہ ممکن ہے سکما ٹیڈ بینی اور لاشعاع پر آنت طبعی منظر ظاہر کرے۔ بعد ازاں ٹھکسات عام ٹوڑ
 واقع ہوتے ہیں۔ مہربت سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض امصابوں میں عام صحت پر بہت
 کم اثر پڑتا ہے۔

علاج۔ جب بخار موجود ہو تو بستر پر لٹا کر آرام کرانا ضروری ہے۔ ایک مغنی،
 نرم، بلند حراری، بلند جیامینی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا فضل کم ہو،

تاہم حتی الامکان بہت جلد اس میں پھل اور خوب گلی ہوئی چھنی ہوئی (pureed) سبزیاں شامل کی جاسکتی ہیں۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ تر سیب شامل ہوں بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ عفونی مراکز کا استیصال قرین مصلحت ہے۔ بعض لوگ خود زائنتی سہی جدرین، برگن (Bargen) کے ضد تفرجی الہتہابی قولونی مصل اور ضد زجیری مصل (آخر الذکر روزانہ ۱۰، ۲۰، ۳۰، ۴۰، ۵۰ اور ۱۰۰ مکعب سمر کی مقداروں میں دروں عضلی یا دروں ریدی طور پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں لیکن استہداف سے اموات ہو چکی ہیں بلخ، سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور ایلبرجن (albargin) (ب۔ج۔)، خالص پوٹاشیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) ایک گرین ایکٹائیٹ میں) ٹینک ایسڈ (tannic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایک اونس میں) اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تفیل مفید ثابت ہو سکتی ہے۔ ہر دوسرے روز نیم گرم عقیق مالچ کے ساتھ، اشاعشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت وصل کر صاف ہو جائے، بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ روغن زیتون میں سمجھ سب گیلیٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دیا جاسکتی ہے۔ اگر مریض عذیم الدم ہے تو علاج بالحدید یا نقل الدم قرین مصلحت ہے اور رقیق ترشہ نمک (قرابادین برطانوی) (۱/۴ - ۱ ڈرام) کھانیکے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج، نفی سبجی الہتہاب باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جہاں طبی علاج بالکل کارآمد نہ ہو۔ تفویہ زائدہ تفویہ قولون اور تفویہ لفائفی اپنے اپنے نوید رکھتے ہیں۔ وہ عفونت کشس معمولات کے ذریعہ تفیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخر الذکر عملیہ آنت کو مکمل طور پر آرام دیتا ہے۔

التهاب زائدہ

(appendicitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض اذھیہ عمر یا بڑھاپے کے نسبت اوائل زندگی میں، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شکایت کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا گوعام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے تاہم اس کی توجیہ بالکل

نہیں ہوتی۔

امراضیات۔ التهاب زائدہ عموماً عمومی عصبہ قولونی کی سرایت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی باشندہ ہے بعض اوقات نبقات سبجیہ، نبقات عصبیہ، عصبیہ ریم نیگول، عدد دوسرے ریم سار عضویہ، عصبیہ درنی، عصبیہ محرقی اور شعاع فطراس سے متعلق ہوتے ہیں۔ سرایت کی تحریک کہنے زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہو سکتی ہے، جو اُس کے درونہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاہ دانہ کی گٹھلی، انارنگی کا بیج، کوئی دوسرا تخم، کڑا بال، یا ایسی ہی کوئی چیز ہو سکتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایک زریہ رمادی رنگ کا انجماد یا پتھری پائی جاتی ہے، جو جسامت میں نمٹ کر برابر ہوتی اور براہی مادے سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاط، نکلی طحات اور کثیر التعداد جراثیم مخلوط ہوتے ہیں اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بن جاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ زائدہ کے طبقات کی درریش اور دبازت پیدا ہو کر اُس کا کہنے نازلتی حاصلات یا پیپ سے ممتد ہو جاتا ہے، اور بالآخر تقریح اور گنگرن ہو جاتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں یہ فساد باریطونی غلاف تک پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ التهاب باریطونی محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصل آنت سے چپک کر دائیں طرف قحطہ میں ایک کم و بیش مزاحم تودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بن جائے اور انضمامات اسے عام کہنے باریطون سے علیحدہ کر دیں، اور زائدہ عموماً مشقوب یا گنگرنہ بنی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات انضمامی التهاب باریطون واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں انشعاب یا اغنات واقع ہو جاتا ہے اور پھر ایک نہایت ہلک قسم کا عام التهاب باریطون بہ سرعت پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی التهاب باریطون، جو ابتداء مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیل کر شکم کے مختلف حصوں میں باریطونی خراجات بن جاتے ہیں، مثلاً خراج گروکلوئی، زیر ڈایا فرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی اصابتوں میں سرایت رسا عضویہ و ریدالباب کی راہ سے جگر میں پہنچ کر نقیثی التهاب و ریدالباب اور خراج الکبد پیدا ہو جاتے ہیں۔

لیکن اگر اغنات یا نقیث نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ معنی ہرگز نہیں کہ التهاب بظاہر رفع ہو جانے سے مرض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا ٹکس واقع ہو سکتا ہے،

اور اس حملہ کے چھ مہینے بعد سے لیکر دو یا تین سال بعد تک حاد التهاب پھر بھر کر اٹھتا ہے، اور یہ یا تو مندرجہ بالا کیفیتوں میں سے کسی ایک میں مختتم ہو جاتا ہے، یا التهاب میں پھر اضافہ ہوتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقفہ کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے۔ ان وقفوں میں جیسا بعض اصابہ بول میں علیہ کرنے پر ظاہر ہوا ہے، زائڈ کی دیواروں کی دبازت اور در ریش پانی جاتی ہے، ساتھ ہی اس کے وسط میں اکثر ایک تنگی اور بعدی سرے پر اتساع ہوتا ہے، شاید اس کے کہف میں انجمادات موجود ہوتے ہیں، اور خارجاً باریطی انضمامات۔ یا مکن ہے کہف مٹھوس ہو کر زائدہ لینی ہو گیا ہو۔

علامات - حاد حملہ - حملہ کی ابتداء اکثر کیتھدر ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سوہمضم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قبض یا اسہال کبھی ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا، شدید درد شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی دائیں حفرہ میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی کسندی متلی، قے، اور کیتھدر حموی تعامل ہوتا ہے۔ زبان فرور ہوتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کیتھدر متمد ہو، لیکن وہ دائیں حفرہ میں عموماً استوار اور اکیم ہوتا ہے۔ اگر زائدہ حوض کے اندر واقع ہے تو ممکن ہے کہ یہ استواری غیر موجود ہو۔ الیمیت اکثر متعین طور پر اس نقطے پر واقع ہوتی ہے جو دائیں اگلے بالائی شو کی زائڈ سے تقریباً ۳ انچ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس زائدہ سے ناف تک کھینچا جا (نقطۃ میکبرن) = Mc Burney's point ممکن ہے کہ یہ علامات چند روز تک جاری رہیں اور قے، درد اور تمد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور یہ شکایت دور ہو جائے۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ درد ابتداءً سارے شکم پر پھیلا ہوا یا زائدہ کے خطے میں محدود المقام ہو۔ ممکن ہے کہ وہ شراسیفی ہوا یا دائیں جانب پر ہو۔ وہ بار ہا تیزی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر دائیں جانب کو جائے۔ حرقنی خصری عضلہ میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کروٹ پر اٹا کر اور دائیں کو لٹے کو بیش بسط کر کے کیا جاسکتا ہے۔ یا اسوقت جبکہ زائدہ حوض حقیقی میں ہو عضلہ ماد اندرہ فی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خمیدہ رکھ کر دائیں ران کو باہر کی طرف گھمانے سے کیا جاسکتا ہے (اھار مت عضلہ سادا) کبھی کبھی قصب

میں بھی درد ہوتا ہے۔

جب پھوڑا بنانے والا اشتقاق واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوض حقیقی کی گھر کے اوپر واقع ہوتا ہے، تو یہ استواری اور مزاحمت نسبتاً زیادہ متعین طور پر محدود المقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بنا دین کی حد تک بیرونی جانب پر اور نیچے عظم حرقفی کے عرف اور رباط پوپارٹس کے ذریعہ ہوتی ہے اور جو رباط پوپارٹس سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دو ثلث حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک محدد کنارہ بناتی ہے۔ قرع کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا آصم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اس میں ایک ترمیم شدہ لمبی آواز ہوتی ہے، اور بقیہ شکم ملائم اور گمک دار ہوتا ہے۔ پیش بلند ہو کر ۳ یا ۴ اور جب فارن ہائٹ تک، اور نبض ۱۰۰ یا ۱۲۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ درد بقیہ عددگی کے ساتھ یا دورے کے طور پر ہو سکتا ہے، اور اکثر نیچے دائیں لٹانگ تک جا پہنچتا ہے۔ موافق اصابتوں میں، اگر علیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بتدریج کم متعین اور چوٹی ہو ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ ظاہر ہونے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور تب اور دوسرے ناموافق امارات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے برعکس اس وقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ اشتقاق کا نتیجہ یہ ہو کہ درد موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں۔ ایسی حالت میں باوجود اس کے کہ حوضی التهاب باریطون موجود ہوتا ہے، تشخیص نہیں ہونے پاتی۔ علاوہ امارت عضلہ سادہ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، عمیق الوقوع چھوڑا براہ معارستقیم یا براہ مہبل محسوس کیا جاسکتا ہے، یا وہ (ا) مثلاً کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تواتر بول، یا (ب) عضلہ مستقیمہ کے قریب واقع ہونے کے باعث اسہال اور تاسیر پیدا کر سکتا ہے۔

زائدہ کا اغاثات جلد واقع ہوجانے کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ مقامی دلائل بالکل غائب ہوں، یا اسقدر خفیف ہوں کہ مریض انہیں مشکل محسوس کرے، یا اسقدر قلیل المدت ہوں کہ مرضی حالت ابتداء ہی سے، یا جلد ہی، عام التهاب باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التهاب باریطون)۔

حساسیت در یعنی دھکن کا احساس، یا محض جش حیثیت یعنی بڑھی ہوئی لمسی حیثیت، تشخیص کے لئے کارآمد ہو سکتی ہے۔ اگر ایک الپین کو مستمر زاویہ پر رکھ کر دیکھ پر

کھینچا جائے، یا اگر جلد کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان آہستہ سے چٹکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ حاد التهاب زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی اصابہ میں پائے جاتے ہیں، اور تقریباً ہمیشہ دائیں حرقفی حفرے میں ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ پیچھے اور بائیں جانب بھی ایسے مزید رقبے ہوں (58)۔ حساسیت درد ایک بعید السبب وجہ ہے اور یہ امر کہ کسی تندرست خشا کی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جاسکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہو جانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ التهاب کے ساتھ اس کا تعلق ہونا ضروری نہیں، بلکہ وہ زائدہ کی یا شاید لغائی اور اعور کے ایک قطع کی دیواروں کے تناؤی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التهاب زائدہ کے نکات کی صورت میں، جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اقلی حملوں میں لیکن عام التهاب باریلون کا اندیشہ غالباً کمتر ہوتا ہے، کیونکہ ضرر کے گرد انضمامات بن چکے ہوتے ہیں۔

تحت الحاد التهاب زائدہ میں زائدہ کے خطے میں گہرا دباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہو سکتا، اور ربا زت محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر اوقات اس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں، جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں، کیونکہ ان سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایسا ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے خطے ٹراکسیفی یا نٹری خطے میں ہوتے ہیں، بعض اوقات بائیں جانب تک میں ہوتے ہیں، یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معائنہ مستقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ پیشاب یا ربار آئے، اور دوسری مثالوں میں قے ہو سکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ اصابہوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ ان پر معدی قرص کے اور نسبتاً کم بار اثنا عشری کے قرص کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض اصابہوں میں زائدہ کے مقام پر دباؤ ڈالا جائے تو ٹراکسیف میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد ورزش یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ حملے وقفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور شدید حملوں کے بعد جو وقفہ ہوتے ہیں ان میں بھی مریض بہت سی مثالوں میں درد سے کلی طور پر بھرتا نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اس اشتباہ کو زائیدی سموع dyspepsia (appendix dyspepsia) کہتے ہیں، اور ان علامات کو ایسے سموع مضم

کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے جو زائدی خطے سے معکوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔
تشخیص۔ کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام التهاب باریطون جو بظاہر خود بخود پیدا ہو جائے تقریباً ہمیشہ التهاب زائدہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نسبتاً زیادہ عمر والے مریضوں میں بہت سے ضررات التهاب زائدہ کے ساتھ قلع قلع کئے جاسکتے ہیں بشکم حاد کے تقریباً تمام اسباب پر مختلف اوقات میں اُسی کا غلط گمان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320)۔
 گذشتہ سرگزشت پر اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر، اور اُن مقامی حالات پر جو بیرونی امتحان اور براہ معائنہ استقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح غور کرنا چاہئے۔
 نسبتہ بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بنگلی ہو، اسے برازی اجتماعات، عور کی جببیت بالید، حرکت پذیر گردے، عورتوں کے جوضی اشتاء کے التهاب اور خصری پھوڑے سے متمیز کرنا پڑتا ہے۔

زائدی سو، ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو زائدی خطے میں ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز برازی میں مغنی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مزمن التهاب زائدہ اور ہضمی قرعہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں) اور ہضمی قرعہ یا التهاب مرارہ کی دوسری منفی شہادت پر۔ امارت باسٹیدو (Bastedo's sign) ایک قیمتی توثیقی علامت ہے کہ جب ایک مستقیقی اُنبوبہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوائ اندر پمپ کر کے قولون کو پھلایا جائے تو دائیں رقی خفرے میں درد اور الیمیت سدا ہو جاتی ہے۔ تندرست شخص میں اس سے صرف کس قدر بے آرامی تو پیدا ہو جاتی ہے، لیکن درد صرف بہت زیادہ متد سے ہوتا ہے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکجا ہوتا ہے۔ جب التهاب زائدہ موجود ہوتا ہے تو اس طرح پھلانے سے دائیں رقی خطے میں درد پیدا ہو جاتا ہے اور زائدی خطہ اب دبانے پر الیم یا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہو جاتا ہے بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے کے بعد اس مقام کو دبانے سے شل سیف کا وہی درد نمودار ہو جاتا ہے جو کہ مریض کو از نو پیدا ہوتا رہا ہے (Hurst)۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں بیریم سلفیٹ اور حیاچھ کی غذا (Spriggs) یا بیریم سلفیٹ اور پانی کی غذا (Redding) دینے کے چھ تا اٹھ گھنٹے بعد الاشعاعوں سے زائدہ دیکھا جاسکتا ہے۔ خود زائدہ دوریہ کی رویت سے

زیادہ اہم یہ امور ہیں :- مقامی الیمیت، اعجرا اور اختتامی لفافہ کی طبیعتی تثبیت اور لفافہ کی قولونی عاصروہ کی راہ سے غذا گزرنے میں تاخیر، یعنی معدی لفافہ کی معکوسہ کی کمی، جس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بیریم ملا ہوا کھانا دینے کے چار گھنٹہ بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد اعجرا کا معائنہ کیا جائے (35, 36)۔

اتذرا - شفا خانہ لندن کے تازہ اعداد و شمار کی رو سے التهاب زائدہ کی ان تمام اصاباتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر علیہ کیا گیا تعداد اموات ۲۰ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۴۹ فیصدی ہو گئی اور تیسرے دن ۷۰ فیصدی ہو گئی۔ علیہ جلد درجہ کیا جائے اتذرا اسی قدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج - ان واقعات نے کہ التهاب زائدہ بہت کم علامات ہوتے ہوئے بھی سنگین اور تفتیح کے درجوں تک ترقی کر سکتا ہے، اور بلا علیہ کے خطرہ کی وسعت کا صحیح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ راسخ کر دیا ہے کہ جب کبھی التهاب زائدہ کی یقینی یا نہایت اغلب شخص قائم ہو جائے تو زائدے کے استیصال کا تہہ کرنا چاہئے اور اسے حتی الامکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہئے۔ اگر تشخیص سے متعلق شبہ ہو یا علامات نسبتہ کم ضروری التوجہ ہوں تو اور انتظار کرنا جائز ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بستر پر لٹا کر رکھنا چاہئے، اور اسے صرف رو دکھینچر س فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم سناک بورک (hot borie) یا لنت (lint) یا تنجیدات استعمال کرنی چاہئیں، اور تمام قسم کے مفتحات سے احتراز لازم ہے۔ باستثناء اس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ نہوا ہو تو ایک سادہ حقنہ دیدیں۔ یہ سوال کہ آیا ہر اس اصابت میں جو طبی معالجہ سے شفا یاب ہو چکی ہے، توالی مرض کو روکنے کے لئے چند ماہ بعد علیہ کر دینا چاہئے یا نہیں، ہنوز تصفیہ طلب ہے۔ لیکن اگر دوسرا حملہ ہو جائے تو علیہ کرنے کے اس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہئے۔ اس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے شکم کے دوسرے حصوں، اور بالخصوص مرارہ کا امتحان کر لیا جائے۔

عطفیت

(DIVERTICULOSIS)

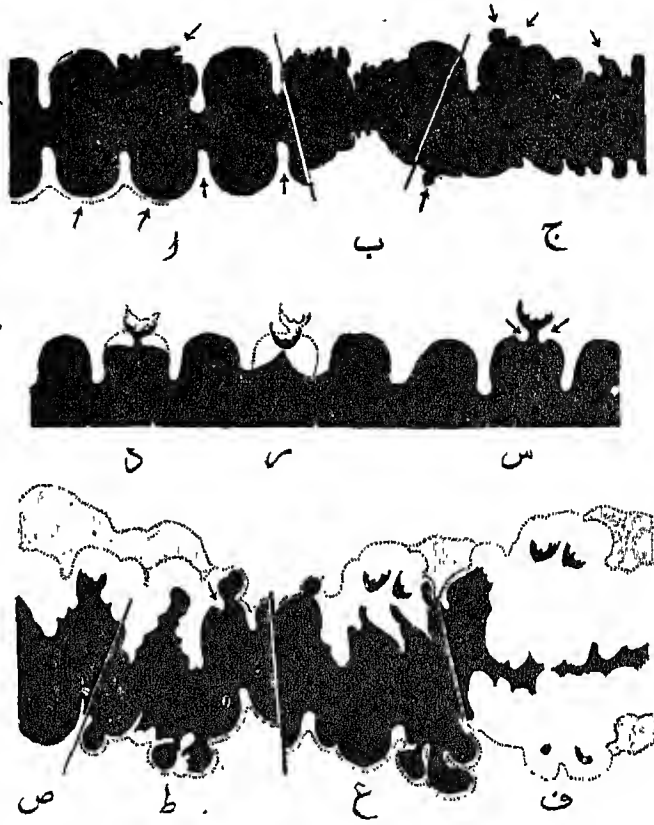
بڑی آنت کے متعدد عطفے جو غشائے مخاطی کے چھوٹے فتحوں کے سلسلہ کی راہ سے زوائید شربی (appendices epiploicae) کے اندر ابھرتے ہیں، اس آنت کے کسی بھی حصے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوضی قولون تقریباً تین چوتھائی اصابتوں میں ماؤں ہوتا ہے۔ پیش عطفی درجہ، آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خفیف سادر دشکم اور مقامی انیمیت ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۲۰) اگرین بریم سافیت جو... سی سی، ہارک کے المینز فلک یا چھچھیں معلق ہو، یا غیر شفاف حقمہ (59) کے بعد لاشعاعوں سے تشخیص کی جاتی ہے۔ اس وقت جبکہ قولون ماؤں ہو اس حصہ کے خاکہ کا منظر نامہ ہوا رہتا ہے (شکل ۴، ب) اور طبعی تاجکول (haustra) کے درمیان کا انقطاع مطبوس ہو جاتا ہے (۱)۔ اس کے بعد دوسرا مرحلہ عطفوں کا بننا ہوتا ہے، اور غالباً اس کا سبب معقدہ ترکیبی تندہ ہے (ج)۔ جب عطفے میں برازی اجتماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاة البراز (stercolith) بنا دیتا ہے، بریم اُسے صرف جزو پر کرتا ہے، لہذا وہاں ایک سالہ نما چھانیں ہوتی ہے، جو تاجک کے منقبض ہونے پر حرکت کرتی ہے (۵)۔ اور ممکن ہے کہ وہ گردن کے قوی انقباض سے قولون کے کہف سے بالکل بے تعلق ہو جائے (۱۴) (فیض ملاحظہ ہو صفحہ ۲۹، ب صفحہ 370)۔

التهاب عطفہ

(diverticulitis)

عطفیت بلا کسی علامت کے سالہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التهاب عطفہ کی صورت بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ اس کی اولین لاشعاعی امارت عطفہ کی گردن پر ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ اسی نقطہ پر در ریزش واقع ہوتی ہے۔ تاجک مزید التهاب ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کندہ ہو جاتا ہے (س)۔ سب سے زیادہ میتر یہ واقعہ ہے کہ تاچکوں کی لمبی حرکت کا، جو سلسلہ وار غلیوں سے ظاہر ہوتی ہے، بالکل امتناع ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ عطفیہ الہتابی دبازت کی وجہ سے نئے علق ہو جاتے ہیں (ع)۔ یا آن کی گردنیں اس قدر چوڑی ہو جاتی ہیں کہ چھبیں ۷ کی شکل کندہ ہو جاتی ہیں (ص)۔ اعلیٰ اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انطہاسی درجہ دکھلایا گیا ہے، جو فیثی بیش میجرین کی وجہ سے واقع ہو گیا ہے۔ دوسرے تغیرات جو عطفوں کو موقوف کر سکتے ہیں یہ ہیں: (۱) تفتیح۔ (ب) اشتباب اور الہتاب باریطون۔ (ج) قرب و جوار کے اعضاء کے ساتھ ناسوری ارتباط۔ (د) عطفے کا مڑوڑا جانا جس سے اُس کی تنہیق واقع ہو جائے۔ (ہ) سرطان کا ثانوی طور پر نمودار ہو جانا۔ الہتاب عطف کے علامات خفیف قسم کے الہتاب کے ہوتے ہیں جو بڑی آنت میں اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیرین حصے میں ہوتا اور متصلہ ساختوں میں پھیل جاتا ہے۔ اکثر شکم میں بے آراچی اور اس سے کمتر بار درد ہوتا ہے جو بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اُس کے نیچے لیکن بالخصوص بائیں حرقفی حفرے میں واقع ہوتا ہے، اور بار بار وقفہ دار ہوتا ہے لیکن ہے کہ وہ کھینچاؤ کے احساس اور درد پشت کی شکل اختیار کر لے۔ عام رحیمیت اور تمدد کا احساس عموماً بیان کئے جاتے ہیں اور لیکن ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔ فی الحقیقت یہ بھی ممکن ہے کہ الہتاب عطف کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اُس کے ساتھ کسی قسم کی شکایت نہ ہو۔ قبض، اجابتوں کی بقیاعدگی، اسہال، یا ناتمام تفریج کا احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً کی مائوفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ قبول بار بار ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہو جانے کے بعد درد کے ساتھ ہو۔ یا پہلے قبول بار بار ہو اور بعد میں درد ہو۔ باشتقاق بہت موٹے اشخاص کے، بائیں حرقفی حفرے میں ایک گلمہ شکل رسولی محسوس کی جاسکتی ہے، جو بعض اوقات الیم ہوتی ہے لیکن ہمیشہ نہیں لیکن ہے کہ اس میں حاد الہتاب پیدا ہو، اور اُس سے مریض کو نپ اور قے ہو جائے بعض اوقات الہتاب عطف قولون کے دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے۔ ترف براہ معار مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔ بالعموم الہتابی ضرغشائے محاطی کے باہر



شکل ۲۹ - ۱۔ نیچے طبعی تاجکیں ہیں اور اوپر پیش عطفی حالت کی چھوٹی چھوٹی جگہیں۔
 ۲۔ پیش عطفی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں اور ظاہر عطفی رنگ پریدگی پیدا کرتی ہے۔
 ۳۔ آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ دب میں ہے) علاج کے بعد تنگی بالکل نہیں ہے۔
 ۴۔ بے قاعدگیوں، جو کہ پیش عطفی حالت کا مابقی ہے۔ نیز چھوٹی چھوٹی جیبوں کی تکیوں۔
 ۵۔ براہ مصافحہ البراز بردار عطفہ۔ نقطہ دار خط، دوران ارتخا میں اسکی وضع کو ظاہر کرتا ہے۔ سلسل خاکہ (جو کہ ایک سیکنڈ بعد ایک سلسلہ وار فلم پر حاصل کیا گیا) ایک تاجک کا انقباض ظاہر کرتا ہے۔

۶۔ یہ بھی سلسلہ وار فلموں پر لی گئی ہے اور تاجک کا اعظم انقباض ظاہر کرتی ہے۔

۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۲۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۳۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۴۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۵۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۶۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۷۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۸۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۱۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۲۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۳۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۴۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۵۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۶۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۷۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۸۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۹۹۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی
 ۱۰۰۔ اس میں کی شہادت کہ انتہائی

واقع ہوتا ہے۔

پیچیدگیوں کے باعث بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جب تقيج واقع ہو جاتا ہے تو بائیں حرقفی حفرے میں، صرف شکم کے بائیں جانب پر، التهاب زائدہ جیسا حادثہ التهابی اختلال ہو سکتا ہے۔ التهاب عطفہ معوی تائدہ پیدا کر سکتا ہے۔ ناسوروں کے بننے یا انشباب ہونیکے باعث علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

انذار عطفیت اور التهاب عطفہ دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج۔ عفونی مراکز کو خارج کر دینا چاہئے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے اور اُس میں پھل اور بریریاں بکثرت موجود ہوں۔ کھانا باقاعدگی اور پابندی اوقات کے ساتھ کھانا چاہئے۔ پانخانہ صاف ہونے کے لئے پیرافین استعمال کی جاتی ہے، اور پانخانہ کے لئے پابندی اوقات کی عادت ڈالنی چاہئے۔ ہر تیرے دن طبیعی مالج سے قوتوں کی تفصیل کرنی چاہئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حقے بھی مفید ہوتے ہیں۔ بہترین یہی ہے کہ مسہلات سے احتراز کیا جائے، اور دُک کرانے کی ہدایت ہرگز نہ دینی چاہئے۔ مختلف پیچیدگیوں کا علاج جراحی سے کرنا چاہئے۔

376

آنت کا تدرن، نو بالیدیں اور آنشک

(TUBERCLE, NEW GROWTHS AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درنہ۔ آنت کا تدرن سبیل ریوی میں ہونے کے علاوہ، علحدہ بھی ہو سکتا ہے، بالخصوص بچوں میں، جن میں سرایت اکثر دودھ سے منتقل ہو جاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضرات بالخصوص لفائفی کی تپے نیر کی چکیتوں میں، اور لفائفی اور قوتوں کی منفرد جربالو میں واقع ہوتے ہیں۔ تدرنی عل بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دوسرے مقامات میں؛ یعنی غلوی نکاثر، تجبتن، تنخر، اور تقرح۔ اور لفائفی کے قرے بہت وسیع ہو سکتے ہیں، اور وہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور لبا اوقات آنت کے گرد عوضاً جاتے ہیں نہ کہ اُس کے طول میں۔ اُنکی سطح ہموار، اور کوریں دبیز ہوتی ہیں، اس سطح سے متناظر مصلی

سلج عموماً چند چوٹے چوٹے سپید ورنے پیش کرتی ہے۔ متلازم علامات تپ اور اسہال ہیں۔ پاخانے عموماً کثیر المقدار، پھلش جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ زیادہ مائع اور پھر بھی زرد ہوتے ہیں، اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹائفائڈ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ زہف اور اشتقاق شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ (ناسور ہنری fistula in-ano) بلاشبہ بعض اوقات درنی الاصل ہوتا ہے۔

فوبالیدیں۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں، غدی سلسلہ اور سرطان، اور شاذ ملغوی لحمی سلسلہ۔ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

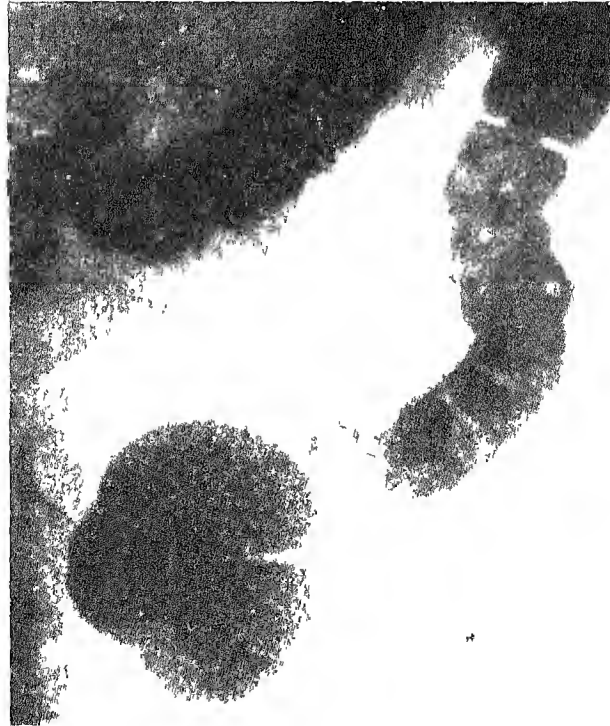
اثنا عشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ سے سب ذیل تقسیم کیا ہے۔ وہ جو صفراوی حلیمہ سے اوپر واقع ہو، اسے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود حلیمہ میں واقع ہو، انتفاخی (ampullary) کہتے ہیں۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو، اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ ہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو مسدود کر دیتی ہے، اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاغری پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قے میں ہمیشہ صفرا اور باقراہی ریس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر متعطر قے میں چند گرین سوڈیم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں فائبرین ہضم ہو جائے گی۔ صائم اور ناشائی میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر خبیث رسولیاں اکثر ڈمڈی دار ہوتی ہیں اور ان سے انعقاد الامعا پیدا ہو سکتا ہے۔ بلائڈ سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لٹالہی عوری اتصال کے مقام کی بعض رسولیاں جنھیں سرطان سمجھا گیا دراصل ہمیشہ نیکوئی درنی تو رہے تھیں، جو آنت کی مسدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں جیسے ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں ضروری علاج اس قدر سال ہی ہے۔

سرطان چھوٹی آنت کی نسبت بڑی آنت میں بہت زیادہ عام ہے اور

خاص کر اخور، حوضی قولون اور معاء مستقیم کو مائوف کرتا ہے، اور اس سے کمتر قولون کے دوسرے حصوں کو۔ سریری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے، جس کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالید ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تسد پیدا کر دیتی ہے یا ایک منقطع بالید جو تسد دیر سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقر بھی ہو۔ اجابتوں میں بیفا عذگی ہوتی ہے، لیکن اخوری بالیدوں کا کیفیت درجہ غیر خاصہ سہل ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا میز خاصہ فیض۔ آفوالذکر میں ممکن ہے کہ اسمہال کا ذب (spurious diarrhoea) ہو، یعنی بالید کی خراش کی وجہ سے بار بار چھوٹے چھوٹے سیال رست، کانکھنے یا تائیر کے ساتھ آتے ہیں۔ براز میں خون موجود ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماٹین (haematin) کی موجودگی اور ہیماٹوپورفرین (haemato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون کے زیرین حصے میں ادما ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ غشائی یا آؤن وار قسم میں مخاط عموماً باقی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ تھوڑی پیپ بھی ہوشکمی جس سے ممکن ہے کہ ایک سخت تدور یا گڑبکی دلا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ انگلی سے ہم نوبالید کے ایک تودے کو پھانسیاں جو مہرز سے قریب ہی معاء مستقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر مشتبہ اصابت میں سنگائیڈین استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالید شناخت کی جا سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشخیص کے لئے لاشعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔ بیریم سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں معلق کر کے اس کا غیر شفاف حقنہ معاء مستقیم کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اگر حقنہ کے قیف کو مہرز سے دو فیٹ اوپر رکھا جائے تو یہ آمیزہ چکر کھا کر اخور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل پرکرتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی اپنی وضع کو بدلتا ہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے چھتیس گھنٹے پہلے روغن بیدانجیر دیا جاسکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ما سبق شام کو پانی کے حقنہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جا سکتی ہے۔ دروند کی تنگی یا خاکہ کی بے قاعدگی سرطان کا مشہد پیدا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰ الفنا اور ب)۔ غیر شفاف غذا جس کا قولون کی راہ سے نیچے کو تعاقب کیا جائے، تشخیص میں نسبتاً بہت کم مدد دیتی ہے۔



الف



ب

مستعرض قولون کا (الف) اور عرضی قولون کا (ب) سرطان جس میں نقص پری نظر

آخری درجہ میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی تردد یا مزمن معوی تردد کے امارات پیش کرے، یا ایک شکم کے ڈلے کی شکایت کرے، جو دوسرے ضررات کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ انحر کو ماؤف کر رہا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ مزمن التهاب زائدہ، یا کلائی غد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلائی گردہ، التهاب علفہ، کلائی مرارہ سے، یا اگر اور پلئی کے اوپر واقع ہو تو ایک انور سما سے۔

علاج جراحی ہوتا ہے، اور انذار ابتدائی درجہ میں اچھا ہوتا ہے ناقابلِ علیہ اصابتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزما جاسکتا ہے۔

قولون اور معا، مستقیم کی سعدانہ نمابا لینین یعنی غدتی مٹلی سلعات شستوسوسیت میں واقع ہوتے ہیں۔

معا و مستقیم کے التهابی تفتیقات۔ آتشات قتال غذائی کو بلعوم اور معا و مستقیم کے درمیان آتشا ذہی ماؤف کرتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ آخر الذکر معا پر تفتیق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الخاطی بافت میں صمغی بن جاتے اور ثانوی التهابی تغیرات کے باعث ندبی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے، اور نسبت شاذ اصابتوں میں نڈرن سے بھی تفتیق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کا کوئی علم نہ ہو حتیٰ کہ تفتیق کے علامات مشابہ سے میں آئیں اور انگلی سے امتحان کرنے پر تنگی شناخت ایس آجائے۔

معوی تردد

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کئی طریقوں سے مسدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں :- (۱) اجسام غریب - (۲) انغداد الامعاء - (۳) معوی دیوار میں تغیرات ہونا، جیسے کہ تفتیقات مندل شدہ قروح سے، یا خبیث بالیدول سے - (۴) فتلۃ الامعاء - (۵) تنقیق ہونا بندوں کے ذریعہ یا روزنوں کی راہ سے - (۶) قطیر کا گسٹ جانا آنت پر جڑ کی وجہ سے، یا مختلف طرح کے بیرونی ضغطہ کے باعث۔

اجسام غریبہ۔ آنتوں کو مسدود کرنے والے اجسام غریبہ میں سے بعض یہ ہوتے ہیں۔ پھلوں کی گھٹلیاں، کنکریاں، اسکے، گولیاں، الیمینیں، سوٹیاں، خطافات اور مصنوعی دانت۔ نباتی ریشوں، اُون، یا بجے کی بھوسی کا باہم کوندلہ بنجانے سے بھی بعض بڑے تو دسے بنجاتے ہیں۔ اس قسم کے اجسام غریبہ بالخصوص مجنوں میں پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بڑا سنگ صغیراً ہلکے تندر کا سبب ہو جاتا ہے یا وہ کم و بیش رقت کے بعد مہر کی راہ سے خارج ہو جاتا ہے۔ براز کے سد سے بھی مجتمع ہو سکتے ہیں اس طرح ج طرح کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاستیم یا قولون میں ایک خطرناک کاوٹ پیدا کر دیتے ہیں۔

انغداد الامعاء (intussusception)۔ یہ مخصوص صفات پیش کرتا ہے چنانچہ اس پر علاحدہ غور کرنا مناسب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

تضیقات (strictures)۔ یہ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ یا تو قروح کے ندبوں کے انقباض سے، یا فوبالیدوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور گاہے ماہے معوی دیواروں میں دلی درریش کی وجہ سے بھی۔ کبھی کبھی ایسی سادہ رسولیاں بھی، جیسے کہ غلّی، رسولی یا لیفی، رسولی، معوی تشدد پیدا کر دیتی ہیں۔ فتلة الامعاء (volvulus)۔ اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اس طرح مڑوٹی جائے کہ جس سے وہ "مخنوق" ہو جائے، بالفاظ دیگر مڑوڑ کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے وہ آنت کے چنبر سے وریدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے تو کافی ہوتا ہے مگر اُس کی شریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہذا امتلا، نزف اور گنگرین پیدا ہو جاتی ہے۔

تحتیق، بندوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ۔ اس باتوں کے

اس گروہ کو اندرونی مخنوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں۔ 378

آنت کا ایک چنبر (عموماً لفافی) ایک روزن، جیسے کہ سورخ و نسلو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سورخ کا حاشیہ اُس کی گردن کو پکڑ لیتا ہے تو مخنوق ہو جاتا ہے۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقہ خالق اس انضمامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے اور جبکہ نیچے سے

آنت کا چنبرہ گزر جاتا ہے۔ تندو کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب وہ پیدائشی غیر طبعی حالت ہے، جسے عطفہ میگل (Meckel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لفافہ کی ناچسپیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر ۱ تا ۲ انچ ہوتا ہے۔ یہ تری ماساریتی قناتہ (omphalo-mesenteric duct) کا (جس کے ذریعہ سے ابتدائی غذائی کنال تانچہ زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لفافہ سے اس نقطہ پر نکلتا ہے جو اُور سے ۸ تا ۲۴ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک سیپی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اگلی دیوار کے ساتھ یا ماساریقا کے ساتھ یا کسی دوسرے نقطہ پر باریطونی سطح کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بن جاتا ہے جس کے اندر سے آنت کے ایک چنبرہ کا گذر کر خنوق ہو جانا ممکن ہے۔

انضغاط اور جتہ۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ حادثہ تشنی جو ایک منفرد بند کے جڑ کے باعث ہو۔ انضمام جو آنت کو دبا کر پچکا دیں۔ اور آنت کے متعدد لچھوں کا باہم چپک جانا۔

امراضیات۔ حادثہ معمولی کی ہلکے اسباب میں مقام تندو سے اوپر کی آنت بہت متند، اور اس سے نیچے کی آنت مہبوط اور خالی پائی جاتی ہے۔ یہ تندو، تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تندو کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک موقوف کر دیتا ہے۔ مثلاً سیکلیمائڈ کے تندو میں سارا قولون اور چوٹی آنت کا بہت سا حصہ موقوف ہو جاتا ہے۔ لفافہ کی تندو میں چوٹی آنت متند اور قولون پچکا ہوا ہوتا ہے۔ متند اوپر والے حصے میں برازی مادے کی کچھ مقدار ہوتی ہے، جس کا رنگ ہلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور پر کھاڑھا سیال ہوتا ہے۔ تندو خواہ چوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں یہی صورت حالات پائی جاتی ہے۔ مزمن اسبابوں میں ممکن ہے کہ متند آنت بوجہ اُن سامعی کے جو وہ تندو کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، بتدریج بیش پروردہ ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متند و حصے میں آنت کی لطافت جواب دیدے، اور نام نہاد دہرازی قرعے (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض اشخاص پیدا کر دیں۔ حادثہ تحقیق میں دوران خون میں راستہ مداخلت ہونے کے باعث، تنگی کے مقام پر اغاثات واقع ہو سکتا ہے۔

مسلل معدی قسد ایک ہلکے مرض ہے، اور مقام قسد جس قدر زیادہ بلند واقع ہو، وقوع موت اُس قدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حسابیتی حملہ کے تغیرات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138) یعنی خون میں غیر پروٹینی ٹائٹروجن اور بائی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلوئی دمویٹ اور لکٹیل کلورائیڈ (جو غائب ہو کر بافتوں کے اندر چلا جاتا ہے) (61)۔ اور ناگہانی پروٹینی تفرق یا پروٹینی صدمہ کی وہی توجیہ اس پر بھی صادق ہو سکتی ہے۔ یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ عصیہ ویلچی (B. Welchii) کا غیر معمولی نکاح اور ساتھ ہی چھٹی آنٹ سے سم کا اغذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروٹینی تفرق کو شروع کر سکتا ہے۔ صدمہ سم کے اثرات کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنٹ کے اندر صفرا کی موجودگی ایک ضروری شے ہے، اور اس میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ صفراء کے مستقیم اثرات کے بھی اچھے نتائج بیان کیے گئے ہیں (63)۔

حادثہ قسد کے علامات - ایک بند سے تحقیق ہو جانے کی صورت میں مریض کو یکا یک شدید درد شکم ہو جاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہو جائے۔ پھر مریض فٹے کرتا ہے۔ برز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ ریح خارج ہوتی ہے۔ فٹے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفراوی، بالآخر برازی ہو جاتی ہے۔ مریض پر اس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ ہبوط جلد ہی شروع ہو جاتا ہے۔ چہرہ سست جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر اندر بیٹھ جاتی ہیں، نبض صغیر و سریع ہوتی ہے، اور تپش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان خشک ہو جاتی ہے، اور تنگی مسلسل ہوتی ہے۔ شکم کا تمدن عموماً بعد کی آمارت ہے، اور قسد کے مقام وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر قسد چھٹی آنٹ کے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چپٹا ہو یا ناف سے اوپر صرف اُس کا بالائی حصہ متمدد ہو۔ اگر لفافہ کی کانیریں حصہ یا بڑی آنٹ

مخنوق ہے، تو تمدد نسبتہ جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے اور شکم یکساں طور پر بڑا ہو جاتا ہے۔ الیمیت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنی تمدد نمودار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر یہ حالت دفع یا درست نہ ہوئی تو خستگی یا حاد باریطونی الہتاب سے (جس کی خاص علامت ایک عام منتشر الیمیت ہے) موت واقع ہو جاتی ہے۔ مدت مرض چار تا چھ روز ہے۔ جب آنت مسدود ہوتی ہے، مگر مخنوق نہیں ہوتی، تو مرض کی ابتدا، نسبتہ زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ درد و قفوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے۔ برازی قے اور تمدد تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوار شکم ڈیسیلی اور نرم ہوتی ہے۔ سنگ صفراء سے تسد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر ممیز ہوتے ہیں۔ اثنا عشری میں تفرج ہو جانے کے باعث اور ازال بعد سنگ صفراء سے اثنا عشری کے تسد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں۔ خون کا اخراج یا خون کی قے ہوتی ہے۔ پھر جب سنگ صفراء چھوٹی آنت میں سے گذرتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں، لیکن اگر سنگ صفراء الفالغنی اعوری مصراع کے مقام پر رک گیا تو علامات ایک دور وزیں پھر حاد طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

مزمن تسد کے علامات۔ مزمن تسد میں، جیسا کہ عرضی قولون یا قولون نازل کے مرض خبیث کے باعث ہو جاتا ہے، ابتداءً علامات صرف براز کے گذرنے میں متوسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں۔ کسی قدر مقامی درد اور گناہ گاہے قے ہوتی ہے، جو ادخال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی۔ قبض بقیہ عدگی کے ساتھ ہو جاتا ہے، لیکن وہ مفتحات سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ قبض وقتاً فوقتاً نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے، قے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی، شکم بہت متھدا ہو جاتا ہے، اور آنت کے بیش پروردہ لیچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم کی سطح پر سے نظر آنے لگتے ہیں۔ حرکت دودی کے ساتھ گڑ گڑاہٹ کی آوازیں یا قراقر سنائی دے سکتے ہیں۔

ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیال دست آجائیں، اور مائع برازی کی کئی بڑی تفریغیں ہو جائیں، جس سے شکم کی گنجائش جلد ہی کم ہو کر طبعی ہو جاتی ہے، اور تمام علامات میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار

رونا ہو، لیکن پھر ایسے ہی کسی حملہ میں تسدو کامل ہو جاتا ہے اور وہ حادثات، جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہو جاتے ہیں۔

محل تفتیق۔ چھوٹی آنت اور بڑی آنت کے تفتیقات کے درمیان ذیل کے فروق نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں۔ ۱۔ اول الذکر میں قے جلد شروع ہو جاتی ہیں، اور زیادہ تر ادخال غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ ۲۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، تمدد نسبت زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تفتیق یا بالید مبرز کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانوں کی شکل میں تغیرات پیدا ہو جائیں، اور وہ فیتہ نما ہوں۔ تاسیر بھی بار بار موجود ہوتی ہے۔ جب تمدد بالخصوص قولون کو موقوف کرتا ہے تو تمدد قولون صاعد و نازل اور قولون مستعرض کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکتا ہے اور دوسرے دو لچھے بناتا ہے) آنت کے متعدد بڑے انتصابی لچھے نظر آسکتے ہیں۔ جب چھوٹی آنت خاص طور پر تمدد ہوتی ہے اور قولون مہبوط ہوتا ہے تو یہ تمدد لچھے شکم میں عرضاً پڑے رہتے ہیں اور اس طرح بیڑھی کا نمونہ (ladder pattern) بنا دیتے ہیں۔

تسدو کی تشخیص۔ تمدد واقع ہونے سے پہلے حاد معوی تسدو کو استواری کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ بار بار ہونے والی قے کی وجہ سے جو براری ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف حادثہ شکی آفتوں (جیسے کہ ہضمی قرحہ کے انتقاب، التهاب نہامثلہ، حاد نہر فی التهاب بائقراس، اور التهاب ہراسہ اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمدد موجود ہو تو معوی تسدو کو ماد التهاب باریطون کے آخری درجے سے (جو کسی سبب سے ہو) تمیز کرنا چاہئے۔ حاد رکود کی موجودگی کی دریافت دو بار مینی حقن چند گھنٹوں کے وقفے سے دیکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقنہ نیچے کی آنت کو صاف کر دیتا ہے۔ دوسرا حقنہ قبض کی موجودگی ثابت کر دیتا ہے۔ معامہ مستقیم کا بھی انگلی سے امتحان کرنا چاہئے۔ تسدو کی اصابتوں میں وہ اکثر خالی اور قسح، یا غبارگی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جنہیں متفرق کرنا چاہئے ماسا ریٹی سلا ادیت اور علقیت اور ہینوٹکس کا ہیرائیویرا (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کر دیتی ہیں۔ لیکن حقنہ سے عموماً کچھ خون ماہل ہوگا۔ حاد تسدو کی

مشابہت بعض عصبی الاصل یا سستی الاصل حالتوں سے ہو سکتی ہے، جن میں میکانی یا التباہی ضررات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی بھرا انات کی ہے، جن میں درد اور قے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے، اور قے کیا ہوا سیال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ میلہ پسینہ اور پانی جیسا ہوتا ہے مگر برازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حطلوں کی حرکت سے، اور ریکی بھٹکے اور حدتی معکوسہ نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغاز پذیر ذیابیطسی قوما (diabetic coma) کا حاد درد ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً علیہ کیا جانے کو تھا مریض کو عموماً غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور اسیٹو اسیٹک آئیڈ (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یویریا دمویت کی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے، بالخصوص اسوجہ سے کہ مماثل حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس میں قے برازی نہوگی۔ بروں شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تسد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے، خواہ یہ فتق اُربی، فحزی، یا سادی ہو۔

علاج۔ جب مادمعی تسد کی تشخیص قائم ہو جائے تو بیشکمر شنگانی یا پیٹ کو کھول دینے کا علیہ بلا تاخیر انجام دینا چاہئے۔ اور سبب تسد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تسد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متمدد حصے میں سے صرف کھول کر ایک برازی ناسور قائم کر دینا چاہئے۔ مارچ تصفیقات اور ۶ فیصدی ڈیکسٹروز کے مستقیمی اثرات دئے جاسکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلچ مصل (anti-Welch serum) ۱۰-۲۰ کمب سینٹی میٹر دروں عضلی راہ سے، جو حسب ضرورت روزانہ دئے جائیں، سے اور صفراء کے مستقیمی اثرات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفا کا دونا شاہی قرین مصلحت ہے۔ اس سے دروں کمی ہوتی ہے اور قے رک جاتی ہے، لیکن اس میں یہ سخت قیاحت ہے کہ دواہم علامات جاتی رہتی ہیں اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اطمینان کا ذب پیدا ہو جاتا ہے مالا کد مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تارپینی کمادات، یا فلابین کے ٹکڑوں کو گرم پانی میں
بچوڑ کر اور ان پر صبغیہ لفاح (tincture of belladonna) یا صبغیہ ایفون
(tincture of opium) چھڑک کر، یا پسی ہوئی اسی کی گرم پوٹیسین استعمال کرنے
سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

ہنرمند میں، جو کہ بالخصوص قضیقات اور بالیدروں کا نتیجہ ہوتا
ہے، خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں، غذا کے انتخاب میں احتیاط لازم
ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معمولی مشمولات قضیق کے پار باسانی گزر جائیں جتنے
اور کبھی کبھی طبیعات استعمال کر کے وقتاً فوقتاً تفریح قائم رکھنا چاہئے۔ اگر قبض نہایت
سخت ہو، اور بالخصوص اگر تمدن زیادہ ہوا اور قے ہو تو علاج حادثہ دے کے علاج
سے مماثل ہونا چاہئے۔ ایفون، لفاح کے ساتھ یا بلا لفاح کے دیا جاسکتی ہے اور غذا
صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معاستقیم دی جانی ہے، اور اس طرح جلد سکون حاصل
ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تکمیل کرنا ہے تو عملیہ کرنا ضروری ہوگا۔

رازی اجتماعات کے لئے عموماً حقنہ بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہونگے،
لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا، ورزش، بجلی یا ذلک کے ذریعہ
طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے، تاکہ آنت کو اس کی مابقی قوت دوبارہ
حاصل ہو جائے۔

انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک طبقہ، یا یوں کہئے کہ اس کے چند انچ، اس کے فوری
متصل حصے کے اندر پھسل کر داخل ہو جائیں، تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔
یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جابجائی
موسمی و بیار کی تین تہیں پائی جانی چاہئیں، جن میں سے سب سے اندر والی تہ کو
داخل تہ (entering layer)، سب سے باہر والی کو گھیرنے والا تہ (receiving
layer) یا غلاف، اور ان دونوں کو جوڑنے والی تہ کو دھاریا تہ (mesentery)

(middle layer) کہہ سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے فلقہ کے اندر داخل ہو کر ایک انغداد صاعد (ascending intussusception) یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انغداد نازل (descending intussusception) بنا سکتا ہے۔ ہمیں عموماً ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے۔

انغدادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور ان کے نام بھی اسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔ مثلاً چھوٹی آنت کے انغدادات معوی، اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطہ اتصال پر دو قسموں کے انغدادات واقع ہوتے ہیں:۔ (۱) لفائفی اعوری، جس میں لفائفی اور اعور قولون صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، لفائفی اعوری مصرع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی دغال تہ ہوتی ہے، اور اعور درمیانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصرع کے پار مڑکس ہو جاتا ہے، یعنی ایک معوی انغداد کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ لفائفی قولونی انغداد ان مختلف قسموں میں سے تاز ترین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے کیونکہ وہ تمام اصابتیں میں سے تقریباً نصف میں ہو کر کرتی ہے۔

381

ایک انغداد واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشکیلی مجاورتوں پر ہوتا ہے۔ اگر یہ انغداد کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیز اسطوانی ورم بنا دیتا ہے، کچھ تو اس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک تہ کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اس وجہ سے کہ امتلا اور تہنج موجود رہتا ہے جس کی توجیہ ابھی کی جائے گی۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اسطوانہ خمیدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لمبے ہوتے ہیں کہ جتنے گیرندہ نہ کو رسد پہنچانے والے عروق، اور باوجود اسکے انھیں نہ صرف انغداد کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اس کے اندرون میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اس حصے کے بالائی سرے پر کھنچاؤ پڑتا ہے۔ جوں جوں انغداد بڑھتا ہے وہ آنت میں

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفافنی اعوری انفاد کا اندرونی اُستوانہ معاً مستقیم تک پہنچ جائے، بلکہ مبرز میں سے باہر ابھر آئے۔ اسکے ساتھ ہی ساتھ یہ سلحہ نسبتاً بڑا ہو جاتا ہے۔ عروق کی متذکرہ صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مضبوط اور مضنوق ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ سے انفاد کی دیواروں کا امتلاء اور اُذیماء، بلکہ اُس کی مخاطی سطح سے زرف واقع ہو کر معاً مستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا ہے۔ یہ واقعہ تنخض مرض میں سب سے زیادہ کارآمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی جہلک انجام کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التهابی تغیرات پیدا ہو کر انخض باہم پیوستہ کر دیتے ہیں، جس سے انفاد کے آگے بڑھنے اور اس کی ترجیع دونوں میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دخال اور درمیانی تہوں کی دموی رسد کی تحقیق کی وجہ سے یہ تہیں گنگرینی ہو کر اغشاء پذیر ہو جائیں، اور معاً مستقیم کی راہ سے خارج ہو جائیں۔ اگر اس واقعہ سے پہلے دخال نہ کا بیرونی اور درمیانی تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ مضبوط انضمامی الحاق ہو چکا ہے تو آنت کی قتال عملاً پھر قائم ہو جاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفا یابی ہوتا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذ ہی ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق نامکمل ہو تو اندرونی اسطوانہ کی علیحدگی کے بعد جہلک عابدیری واقع ہو جاتی ہے۔

بحث اسباب - معوی التهاب، انفاد الامعاء کا عام ترین سبب مُعَدَّ

ہے۔ بعض اوقات انفاد راست تضررات کے بعد پیدا ہو گیا ہے۔ بعض اوقات معوی سعدانے اور برطانات اس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ میناک کے پُپُور (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر زرف واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ انفاد کی فوری میکانیت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جاسکتی جو متعین ہو، سوائے اس کے کہ وہ غیر منظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات - حاد انفاد کا حلقہ اُس تحقیق کے حلہ سے غیر مشابہ نہیں ہوتا جو بندوں کے ذریعہ سے واقع ہو جائے۔ یعنی مریض کی قدر دفعۃً درد میں مبتلا ہو جاتا ہے جو کم و بیش مستمر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہو جاتا ہے، اور مرد و عورت

نوعیت رکھتا ہے شیر خوار بچے میں اس کا آغاز بچہ کے چنچ اٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ مثلی اور قے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتداً نہیں موجود ہوتا۔ اس کے برعکس عموماً اجابت ہو کر فی ہے، اور یا تو رقیق برازیل (جیسا کہ انفراد کا میمز خاصہ ہے) خون مخاط کے ہمراہ یا اس کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت یہ عادات اصابتوں میں خون براہ معاد مستقیم خارج ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات بلا ارادہ کا نکھنا اور تادیر موجود ہوتی ہے بشکم حیشہ زیادہ متورم نہیں ہوتا، لیکن امتحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا میمز خاصہ آشکارا ہو جاتا ہے، یعنی اس سلسلہ کی موجودگی جو انفراد کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا عمل وقوع قدر تا مقام ضرر پر منحصر ہوتا ہے۔ نسبت معمولی لفائفی اعوری قسم میں وہ ابتداً دائیں پہلو میں واقع ہوتا ہے، لیکن جوں جوں انفراد زیادہ ہوتا جاتا ہے وہ ناف کے خطے میں محسوس ہونے لگتا ہے، اور عموماً بیضوی، استوائی، یا گولہ شکل ہوتا ہے، اور ناف سے اوپر شکم میں عوصاً پڑا رہتا ہے۔ ازاں بعد وہ بائیں پہلو میں بائیں حرقنی حفرہ کے اندر چلا جاتا ہے، اور بالآخر اسے انگلی معاد مستقیم کے اندر محسوس کر سکتی ہے، یا وہ حقیقتہً مبرسے باہر ابھر آتا ہے۔ بعض اوقات کامل قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی بہت تمدد اور برازی قے ہوتی ہے۔ اور کبھی بہت سرعت شروع ہو کر جو کبیس گھنٹوں میں، یا دو سے پانچ یا چھ دنوں تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ بالکل غیر شیر خواروں میں موت بالخصوص سریع الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات ہمیشہ اس قدر حادث نہیں ہوتے، اور درحقیقت انفراد کا مقبول بلکہ مہینوں موجود رہنا ممکن ہے۔ ان زیادہ مزین اصابتوں میں آنت کی مادوف شد وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اور اس کی قتال کامل طور پر سدود نہیں ہوتی۔ اسطرح پاخانہ ہونا ممکن ہوتا ہے، اگرچہ اس کے ساتھ ہی تقریباً نصف اصابتوں میں خون بھی خارج ہوتا ہے، مریض کو دورے کے ساتھ مڑوڑ جیسے درد ہوتے ہیں، گویہ لازمی نہیں کہ یہ بڑی شدت کے ہوں بشکم رنہو ہوتا ہے، اور انفرادی سلسلہ ایک اہم میمز خاصہ پیش کرتا ہے، یعنی ایک تغیر پذیر کثافت، چنانچہ وہ مڑوڑ کے ردوں کے ساتھ ہمزمان طور پر سخت ہو جاتا ہے، لیکن ان کے رفع ہو جانے کے بعد جلد ہی نرم، بلکہ غیر محسوس ہو جاتا ہے۔

تحت الحاد اور مزمن اسبابوں کے اختلاطات مختلف ہوتے ہیں ممکن ہے کہ ان کا نتیجہ خستگی کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کامل تسدد معہ قے، قبض، تشنگم اور مری پتھوں کے۔ یا ممکن ہے کہ وہ ایک مقامی التهاب باریطون پیدا کر دیں، جس کے بعد پھوڑا بن جائے یا زیادہ عمومی التهاب باریطون ہو جائے۔ یا منصفہ حصہ بذریعہ غشاء علیہ ہو جائے اور اس طرح معوی قنال پھر قائم ہو جائے۔

تشخیص۔ انفاد کے خاص صفات یہ ہیں: شخصی درد، قے، معاستقیم سے نجات کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لنبوترے سلعہ کی موجودگی جس کی کثافت لمبیہ لنبہ بدلتی ہو، اور جو قولون کے ممر میں اقامت گزین ہو، یا معاستقیم میں واقع ہو لیکن تا وقتیکہ ایک معدم جس نہ دیا جاؤ بلکہ ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا بالخصوص ان ششیر غار پتھوں میں جس کے تشنگم بہت متعدد ہوں۔ پتھوں میں معوی التهاب اور ضمیمہ ایسمال کا اس سے مشابہ ہونا ممکن ہے، اور بعض اوقات منقبض آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔ میناگ کے پریور (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضررات پڑ سکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التهاب (multiple arthritis) بھی موجود ہوتا ہے۔ یہ پنم کے حقہ کے بعد لاشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ حاد انفاد کے تدارک کے لئے جستدرجہ ممکن ہو تو ترجیح کی کوشش کرنی چاہئے، اور اگرچہ بعض اسبابوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر سیالات کے اثرات سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقینی طریقہ علاج یہی ہے کہ تشنگم ششہ کی کا عملیہ کر کے اعتباط کے ساتھ جڑ کے ذریعہ انفاد کی ترجیح کر دے۔ نسبتاً زیادہ طویل المدت اسبابوں میں ممکن ہے کہ انفطامات کی وجہ سے ترجیح ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں تو دے کے کچھ حصہ کا یا پورے تودہ کا استیصال جراحی عمل میں لانا چاہئے۔

ہر من قسموں میں بھی جبکہ اس ضرر کی نوعیت شناخت ہو جائے، علیہ کروینا چاہئے۔

ہرش ہیرشپرنگ کا مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

(کلانی قولون = megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اتساع اور بیش پرورش ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہوجاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی طفلی میں، اور باقی اصابتوں میں اس سے بھی بعد ہوتے ہیں۔ قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں ویاتین ہفتوں تک پاخانہ نہیں ہوتا۔ شکم بے انتہا متمدد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذات خود ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ شکم کی دیواروں میں سے قولون کے متمدد لچھے نظر آسکتے ہیں، ان لچھوں میں حرکات دودیر نظر آتے ہیں۔ بچہ دبلا ہوجاتا ہے، اور نسبت زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور پھیکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سرج طور پر ہلکے عمر نہیں ملے کرتا، لیکن بین رومرئ اور قسم الدم کی وجہ سے موت واقع ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت ڈگن یا بچھنا متسع اور اکثر بہت مٹوٹل پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدت اصابتوں میں عضلہ ریشے بالخصوص مدورہ کے، بہت بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ ملحوظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز مبرز سے عین اوپر ہوتا ہے یا حوضی مستقیمی عوجہ سے عین اوپر، اس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ امراضیات کے متعلق نہایت قریب عقل رائے یہ ہے کہ اس مرض کو مری کے مزمن اتساع سے مشابہ تسلیم کرتے ہوئے، اسے مبرز یا حوضی مستقیمی عوجہ کے تسدد (عدم ارتخاء) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تشخیص۔ کلانی قولون اتنی غیر عام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنٹ میں گیس کی بہت بڑی مقداریں دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایا فرام کو اوپر تشکیل دیتی

اور جگر سے اوپر اُٹھ آتی ہیں۔ سگائیدین آسانی سے داخل کی جاسکتی ہے، اور ایک قسح قولون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بیریم طے ہوئے حقنہ سے بھی نظر آتا ہے۔

علاج۔ اس امر کی کوشش کرنی چاہئے کہ قولون براز سے خالی رہے، سہل ادویہ چنداں کار آمد نہیں۔ مبرزی قسم میں ایک مستقیمی نی کی وساطت سے قولون کو روزانہ ہلکا دھو سکتے ہیں۔ آخر اندک کو قولون کے اندر رات بھر رہنے دیا جاسکتا ہے۔ حوضی مستقیمی قسم میں علاج استدر آسان نہیں ہوتا۔ لیکن تیل یا گلیسرین کے حقنہ مفید ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پشوٹرین (ایک مکعب سمر بذریعہ اثراب) برق اور ذلک بھی مدد ہو۔ مبرزی عاصہ کو قسح کیا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی عملیہ کی ضرورت پڑے، جو یا تو قولونی تغویہ ہوتا ہے یا لفائفی قولونی تغویہ، یا قولون کے قسح حصے کا استیصال کامل۔

جگر کا امتحان

جگر دائیں مرقاتی خطے میں، پسلیوں سے نیچے واقع ہے، اور شمر سیف کے بالائی حصے کے وار پار پھیلتا ہے۔ طبعی حالت میں وہ آخر الذکر مقام پر شاخیں محسوس کیا جاسکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اسی وقت جبکہ شکلی جداریں بہت تیلی ہوں۔ قرع کرنے سے پستان فی خط میں اُصمیت (کبدی اُصمیت) چھٹی پسلی کے بالائی کنارے سے لیکر ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ بطنی خط میں کبدی اُصمیت آٹھویں پسلی سے، اور عظم الکثف کے زاویہ کے خط میں دسویں یا گیارہویں پسلی سے شروع ہوتی ہے۔ جب یہ عضو برا ہو جاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے پھیلا ہوا ہوتا ہے اور اُس کا زیرین حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے وار پار پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ اُصمیت ایک تنناظر درجہ تک نیچے شکم کے اندر بھی پھیلتی ہے، لیکن چونکہ اُس کے پیچھے آنتیں موجود ہوتی ہیں، لہذا یہ اُصمیت جگر کی آزاد کور کے قریب اتنی کامل نہیں ہوتی جتنی کہ اُس سے نسبتاً اوپر۔ سینہ کے حدود کے اندر جگر کا داخل صرف اُسی وقت ہوتا ہے جبکہ اُس کی کلانی (۱) عمومی کی نسبت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ وہ کلانی جو سرطان، کیسیہ، یا پھوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ جگر کو

اس کے نیچے کی کوئی چیز اور پر کی طرف دھکیل دے۔

ظاہری کٹافنی جگر کو تنگ کھینچنے سے، یا سینہ میں سلعات یا پلیورائی الٹہابی بیل کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو انتصاباً لٹکا کر دیتا ہے، آخر الذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اس کا سقوط ہر مرض گلیٹنارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متہدد مرارہ، کبدی اضمیت کے زیرین کنارے پر ایک گلوبجہ نما اُبھار کے طور پر خطِ پستانی میں محسوس ہو۔

کبدی شریان جگر کو پہنچنے والے خون کا ۲۰ — ۶۰ فیصدی بہم پہنچاتی ہے، اور بابی ورید اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۴ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی لختوں میں ہوتی ہے، اور یہ مرارہ کے قعر سے لیکر تحتانی ورید اجوف والے میز اب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں نہ کہ منجلی اشکل رباط سے۔ بابی ورید میں دو کم و بیش جدا گانہ دموی روئیں پہلو بہ پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماسا ریٹی رقبہ سے دائیں لختہ کی طرف ہے، اور طحال سے بائیں لختہ کی طرف (65)۔ طحال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ ثوریم (thorium) (تھور وٹراسٹ = thorotrast) کی ایک تجہیز کا دروں وریدی اشرب کیا جائے، جس کو ششکی درحلی نظام اخذ کر لیتا ہے (66)۔

کبدی وظیفہ اور وظیفہ کا شفا

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا علمی ایجاد کیا (67)۔ اس عمل کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبعی معلوم ہوتا، لیکن عضلی کمزوری کی شدید علامات کی مقدار دفعۃً نمودار ہو جاتی ہیں، اور بعد ازاں جھٹکے اور تشنجات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمویت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دکران کو موقوف کیا جاسکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن پھر علاج کے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہو جاتے ہیں اور حیوان قوما کی حالت میں مرجاتا ہے۔ قلیل شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے، اور اسکے لئے جو واحد منبع رسد ہے، یعنی جگر، وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیاوی تغیرات دمو یوریا کی کمی اور پیشاب میں ایمونیا اور یوریا کی کمی ہیں، اور ایمینو ایسڈز (amino-acids) میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں ایمینو بوردگی ہو کر یوریا کی تشکیل قدرتی طور پر ہوتی ہے، اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ ایمونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دمو یورک ایسڈ میں زیادتی ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر قدرتی طور پر اس کو بر باد کرتا ہے، اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز ریتا ہوتا ہے، کیونکہ کھال اور لب کے شبکی درحلی غلیات، (نیز جگر کے کوہری غلیات Kupffer cells = bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی غلیات اس بائلی روبین کو اپنے اندر جمع کر لیتے، اور اس کا افرار صفراوی قناچوں میں اور پھر صفراوی قناتوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حاد تنخر اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ، جگر سم رُبا خواص رکھتا ہے، اور دمو فائبر نو جن جس کو جگر پیدا کرتا ہے، (69) مرض کی حالت میں گھٹ کر زف واقع ہو جاسکتا ہے، اسبطرح منصلی کیلشیم بھی گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یورو بائلن بولیت (urobilin-uria) موجود ہو، کیونکہ طبعی حالت میں بائلی روبین قتالی غذائی کے اندر یورو بائلن (urobilin) میں تبدیل ہو جاتی ہے جس کا کچھ حصہ براز کی سٹر کو بائلن (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہو جاتا ہے، لیکن بقیہ حصہ قتالی غذا میں دوبارہ جذب ہو جاتا اور جگر میں واپس ہو جاتا ہے جہاں وہ صفراوی سبغہ میں دوبارہ تبدیل ہو جاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں خرابی واقع ہو تو وہ دوران خون میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یورو بائلن نو جن (urobilinogen) کی حیثیت سے خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز تشکیل کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اسکا ۷۰ فیصد حصہ وور کر دیا جائے، تو طبعی مقدار چند ہی ہفتوں میں پائی جاتی ہے۔ جگر کی بہت تھوڑی مقدار اس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے، چنانچہ نمایاں تغیرات

جیسے کہ قلیل شکر دمویت، مرض کے نہایت ہی شدید درجے میں پائے جاتے ہیں، اور خفیف اقسام میں نام نہاد وظیفی کاشفات کے ذریعہ، کہ جنکی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کی مقدار غیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم ترین وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ، بندہ ریٹا، لیو یٹولوز (Lævulose test)۔ اس کاشفہ کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ جب لیو یٹولوز غذائی قنال سے جذب ہو کر بانی دولین میں پہنچتی ہے تو جگر اُسے بیکھرا کر لینا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دوران خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر جگر مریض ہو تو لیو یٹولوز اُس میں اس طرح محسوس نہیں ہوتی بلکہ وہ جگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور دموی شکر میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیو یٹولوز کی ۵۰ گرام کی مقدار دہن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ دموی شکر کی تخمین اس سے پہلے، اور پھر اس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۱۰۰ سے کم ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر دموی شکر ۱۰۰ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۱۱۰ فیصدی سے زائد ہوگا لیکن اگر جگر کے وظیفہ میں خرابی واقع ہوگئی ہے، جیسا کہ نازلتی یرقان میں یا آرسینو بنیزال کے تسمم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ دموی شکر نصف گھنٹے میں ۱۵۰ فیصدی تک، اور ایک گھنٹے کے اختتام پر ۱۹۰ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہو کر معمولی درجہ پر آ جاتی ہے (70)۔ دموی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیو یٹولوز پیشاب میں بھی نمودار ہو جاتی ہے، کیونکہ گردہ اُسے بہت جلد خارج کر دیتا ہے۔ اس کاشفہ کا مقابلہ خفیف ذیابیطس شکری (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیو یٹولوز کی طرح گلاکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۴۰ سی سی - پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبی حالت میں اس سے دموی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۳۰ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی ۱۰۰ تک پائی گئی ہے (71)۔ اس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پیشاب کے اندر

ایک گرام سے کم گلا کٹوز موجود ہوتی ہے (72) ، یا چھ گھنٹوں کے دوران میں ۲ گرام ۔
 ممکن ہے کہ کبدی وظیفہ کا بڑا نقص کارکردگی یرقان یا استسقا، شکی کے
 وقوع سے ظاہر ہو جائے ، جس کا بیان اب درج ہوگا ۔ اس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات
 موجود ہیں ، یعنی وآن ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی
 لمحات کے لئے تھے کا کاشفہ (Hay's test) ، اور یوروبائلین (urobilin) کے لئے
 پیشاب کا امتحان (ملاحظہ ہوں صفحات 386، 509)۔

یرقان

(jaundice)

یہ قان سے خون کے اندر اجزاء صفراء کا دوران کرنا مراد ہے ۔ زمانہ ماضی
 میں یہ اصطلاح صرف جلد اور محالٰی اغشیہ کی اُس زرد تلوین کے لئے مستعمل تھی جو
 صبغہ صفراویہ سے ہو جاتی ہے ، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں مستعمل ہے اور اسکا اطلاق
 اُن اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی لمحات تو موجود ہوتے ہیں
 مگر صبغہ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان مغترق کی ایک قسم ہے) ، علاوہ ازیں اُن
 اصابتوں پر بھی جن میں صبغہ صفراویہ اتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اُسکا رنگ
 نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی) ۔

علامات ۔ صبغہ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش
 گہری زرد ہو جاتی ہے ، ملتحمات چشم زرد ہو جاتے ہیں ، اور غریٰ اغشیہ مخاطیہ کا
 قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے مزید بھی طور پر ترمیم یافتہ ہو جاتا ہے ۔ کہندہ اصابتوں
 میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اُس میں ایک سبزی مائل یا بھوری زیتونی جھلک
 آ جاتی ہے ۔ اسے پہلے سبز یا سیاہ یرقان (green or black jaundice)
 کے نام سے تیز کرتے تھے ، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں بائلی روین
 یعنی صفراء کا زرد صبغہ جلد میں تنکسید واقع ہو کر بتدریج بائلی وردین (biliverdin)

385

لے انگریزی لفظ 'jaundice' یا 'jaune' سے ماخوذ ہے جس کے معنی زرد ہے ۔

میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو ان دوسرے لون کی تغیرات سے میمز کرنا چاہئے جو حالت مرض میں واقع ہو جاتے ہیں، جیسے کہ متکلف عدم دمویت (pernicious anemia) کی حالتوں کا ترنجی زرد رنگ، ملیریائی ضعف (malarial cachexia) کا پھیکا رنگ، ایڈیسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ، اور وہ زرد رنگ جو ایک صنف کیاروٹین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور سبز ترکاریاں اور گاجر میں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً ملتحمہ یعنی آنکھ کی سرونی جلی میں رنگ کی شناخت خوب ہو سکتی ہے، لیکن بعض اشخاص میں تحت الملتحمہ شحم یعنی ملتحمہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کر دیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پیشاب کا رنگ بھی صنف صفرابیہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔ تھوڑی مقدار میں یہ اُسے ایک شلوخ زعفرانی رنگ لے دینا ہے جو سطح پر بنے ہوئے کسی جھاگ میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفرابی صنف زیادہ ہے تو پیشاب کی قدر بھورے زرد یا زردی مائل بھورے رنگ کا، بلکہ پورٹر (porter) کی طرح سیاہ بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شلوخ زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ لیکن صنف صفرابیہ کی موجودگی ان کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کی جا سکتی ہے، جو ابھی بیان کئے جائینگے جسم کے دوسرے افرازات میں سے صنف بعض اوقات زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ دودھ پلانڈلی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیالی عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حملہ کے آغاز و اختتام پر یوروبیلین (urobilin) صنف صفرابیہ سے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن صنف صفرابیہ خود بالکل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں صنف صفرابیہ پیشاب کے اندر بالکل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بے صفرابیولی یرقان)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براؤن کا رنگ بدلتا ہے مائل یا ہلکا سا رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی ان اصابتوں میں جن میں صفرابیہ اثنا عشری تک نہیں پہنچنے پاتا براؤن چربی کی زیادہ مقدار موجود ہوتی ہے اور نور باؤن

نہیں ہوتی۔ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی ما فیہا کسیدہ ترشہ ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشوں سے بنتا ہے۔ نیز صفراء کی موجودگی غالباً گندیدگی کو روکتی اور معوی دیوار سے عضلی ریشہ کو ممتنع کرتی ہے۔ چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ ضروری نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو۔ جب اسہال واقع ہو تو اسے گندیدگی دار براز کی خراش سے مسبب کیا گیا ہے۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، جو خون کے اندر صفراوی لطحات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ وہ علامات یہ ہیں: (۱) بطء القلب۔ نبض آہستہ ہو کر فی منٹ ۳۰ یا ۳۵ ہو جاتی ہے۔ (۲) کھجلی۔ یہ اس قدر شدید ہوتی ہے کہ سونا غیر ممکن ہو جاتا ہے، اور لگاتار کھجلائے سے خون کی پٹریاں، بثور، یا سشری (urticaria) کے دڑورے پیدا ہو جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزا کڑوا ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالات باضمہ واقع ہو جاتے ہیں۔ جلد کے نیچے یا مخاطمی اغشیہ سے نزفات واقع ہوتے ہیں، اور زخموں سے اودا آسانی سے نہیں ٹرکتا۔ خون کا عرصہ تروییب طویل ہو جاتا ہے۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور قوما۔ لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زرد کھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر xanthopsia)۔ کہنہ مزمن یرقان کی بعض اصابتوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے جملہ اصفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراض جلد)۔

یرقان کے لئے سریریاتی کاشف۔ مصل کے اندر صبغہ صفراویہ کے لئے وان ڈن ہرگ کا کاشف۔ مصل کے اندر صبغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشف اس صبغہ میں جو صفراوی راستوں کے تسد کی وجہ سے خون کے اندر محبوس ہو، اور اس صبغہ میں جو دم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے۔ اہرلیک کا ڈایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے اجزاء یہ ہیں: (الف) سلفانیلک ایسڈ (sulphanilic acid) (گرام

مرکز ہائڈروکلورک ایسڈ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی - اور
 (ب) سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۰.۵ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی، ان
 دونوں کو استعمال ہے فوراً ہی پہلے اس تناسب میں کہ (الف) کے ۲۵ سی سی کے ساتھ
 (ب) کے ۵۰ سی سی ہوں، باہم ملا دیا جاتا ہے۔ (راستہ تعامل direct reaction)
 reaction: ایسے خون سے جسے ٹھہرا رکھ کر تھکد جم جانے دیا جائے، ایک کعبہ سنڈلی میٹر
 مصل حاصل کیا جاتا ہے اور اسے مندرجہ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے۔
 ایک نیلگون نفشی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہو کر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم
 درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اس سے تسد دی کب دی یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ اگر راستہ تعامل
 حاصل نہ ہو تو ممکن ہے کہ ایک تعامل آجل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز
 ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے۔ یہ دم پاشیدہ یا ستمی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا
 ہے۔ دو ہئیتی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہو جاتا ہے لیکن محض
 آہستہ آہستہ غویاب ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے
 بالواسطہ تعامل (indirect reaction)۔ اگر راستہ یا بلا واسطہ تعامل حاصل
 نہ ہو تو ایک سی سی مصل میں ۹۶ فیصدی الکحل کے ۲ سی سی شامل کر کے اس آمیزہ کا
 انحاض عمل میں لایا جاتا ہے۔ اس صاف مایع کے ۱ سی سی - ۵ سی سی - ۱۰ سی سی - الکحل اور
 ۲۵ سی سی - سی کاشف کے ملا دئے جاتے ہیں۔ ایک نفشی سرخ رنگ حاصل ہوتا ہے
 جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہو جاتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا ستمی یا ساری
 یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ یہ کاشفات کمی طور پر بھی کئے جاسکتے ہیں (۷۳)۔ طبعی جولانی ۲۔۵۔
 ۵۔۵ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ بائلی روبین ایک حصہ ۲۰۰۰۰۰ حصے میں ہو۔
 قاروہ میں صہغلہ صفراویہ کے لئے کاشفات، ان کاشفا
 کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد بائلی روبین (bilirubin) کی تھکید ہو کر سبز بائلی ورڈین
 (biliverdin) بن جاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اعمال میں دوسرے
 رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ (Gmelins test)
 حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے: ایک پییدہ صفحہ پر قاروہ کے چند قطرے رکھ کر اس کے
 قریب ہی قدرے طاقتور نائٹک ایسڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دونوں سیالاست کو

آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ ان کے خط تماس پر قارورہ کا رنگ بکر پہلے سبز پھر نیلا پھر سفیدی پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہو جاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کاشفہ کی ایک ترمیم دیا ہے کہ اس سے صنف صفر اور یہ کی نہایت حقیفہ مقداروں کی شناخت ہو سکتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائیڈ سے سیر شدہ بنا کر پھر آمونیا سے اسے قلعوی بنالیا جاتا ہے۔ اس طرح سے آمونیم پورٹ مرسوب ہو جاتا ہے اور اگر کوئی صنف صفر اور یہ موجود ہے تو اسے بھی ساتھ لیکرہ انشیں ہو جاتا ہے۔ اس طرح کو تقطیر کیا جاتا ہے اور تقطیری کا غدیر باقی ماندہ نقل میں نائٹرک ایسڈ لایا جاتا ہے۔ ہر رنگ پیدا ہو جائے تو اس سے صنف صفر اور یہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں صفراء کی شناخت کے لئے تھکے کا کاشفہ (Hay's test) اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی صراحی میں کہ جسکو جانب سے منور کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑکنے کی جاتی ہے۔ اگر صفراء موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (71)۔ کاشفہ پہلے ناقابل اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابل وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ اسوقت بھی حاصل ہو جاتا ہے جبکہ روغن چوبندل (sandal wood oil)، کوپیا (copaiba)، کباب چینی (cubeb) اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہ دہن کی گئی ہوں۔ آنت کے اندر صفراء کی موجودگی کے لئے ایک کاشفہ بیان کیا گیا ہے (74) جس کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ وہ چربی کے جذب میں آسانی پیدا کر دیتے ہیں۔ امراض صلیبہ ترقان۔ بائلی روبین و ششکوں میں موجود ہوتی ہے :- یعنی (۱) ایک قلعوی نمک کے طور پر، جو صفراء کی رگزدروں کے اندر خارج ہوتا ہے۔ اس سے وآن ڈن برگ کا راستہ تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد ترشہ کے طور پر جو خون میں دھران کرتا ہے، جس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (77)۔ یہ امر پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بائلی روبین کی پیدائش کے لئے جگر کی ضرورت نہیں اور یہ اس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صنفہ مقامی طور پر پرانوں کے تھکوں سے جسم میں ہر جگہ بجاتا ہے۔ شبکی دروں ملکی نظام جو کہ بائلی روبین کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اس کے

بننے میں کوئی خرابی پیدا ہو جائے، یا اگر جسم کے اندر اتلاف خون حد سے زائد ہو اور ان خلیاتوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کا بننا بہت زیادہ ہو جائے، تو یہ صنف سارکاسلا جگر کے ذریعہ اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہو سکے گا، بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہو جائے گا۔ یہی نتیجہ اس وقت بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسیدہ ہو گئے ہوں۔ اس طرح پریرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں :-

(۱) دم پاشیدہ صیرقان (haemolytic jaundice) 'وہ گروہ ہے

جس میں اس نام کا دُموی مرض بھی شامل ہے، کیونکہ اس میں خون کے بہت زائد اتلاف کی وجہ سے بائلی روبین مصل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں ہیرقان شامل ہے جو کہ دوری ہیموگلوبن بولیت (paroxysmal haemoglobinuria) کے متقاض خون کے انتقال، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) کے تسمم، دم پاش عفونت لٹے دُموی، لختی ذات الریہ، ملیریا اور یرقان نوزائید (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ متلف عدم دُمیت (pernicious anaemia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے، لیکن اس میں بائلی روبین کے جمع ہونے کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ ہیموگلوبن کی تخریب کم ہوتی ہے۔

(۲) وہ صیرقان جو کہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ

ہو۔ اس کے اسباب یہ ہیں :- (۱) امتلا۔ فشل قلب کی وجہ سے۔ (ج) جگر کا اولی مرض، مثلاً نازلی یرقان کی اکثر امابتن، حادثہ خنز (زرردبول) ہیناسٹ (Hanot) کی کہبت، کثیر لختی کہبت متاخر درجوں میں، اور بعض حالتیں جو کہ ماضی میں ستمی اور ساری کبدی یرقان کے عنوان کے تحت جماعت بند کی گئی تھیں۔

387

ان میں یرقان پیدا کرنے والے علالت یہ ہیں :- (الف) کیمیاوی سموم جبکہ تیز اکثریت میں (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایکوارنش) ٹرائی نائٹرو ٹولوین (trinitrotoluene = T.N.T.)، کلوروفارم، فاسفورس، ٹولوی لین ڈائے آمان (toluylene-diamine) نائٹرو بینزین (nitrobenzene) آرسینو بینزال کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)، آرسینو ریڈ ہائڈروجن (arseniuretted hydrogen)، گگرمٹے (nushrooms)، سانپ کا تشب

وغیرہ (ب) جراثیمی سموم، جیسے کہ تپ راجھ (relapsing fever)، ملیریا، گروہی مخرقہ (enteric group)، تپ نفس (typhus)، ذات الریہ، انفلوزنزا، تپ بخار (yellow fever)، عفونت الدم، نحیف مہرغولی (leptospiral jaundice) وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسددی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)۔

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی صریح تسدد موجود ہوتا ہے۔ (۱) سنگھائے صفراء اور مغلط صفراء، نہایت شاذ اصابا بتوئیں کیسیہ (hydatid)، کبدی فلوک (liver flukes) اور رموی قنال سے آنے والے اجسام غریبہ جن میں خراطین صفرار (Ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضیق یا انطراس پیدا نشی عیب یا بے ثقبی کے باعث یا اثنا عشری یا خود قنات صفراء کے ماقبل تقریح کی وجہ سے۔ قنات صفراء کی دیوار کا نازلی یا الہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا شیخ۔ (۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے پچکاؤ۔ یہ شت یا بی میں کے غد کے دباؤ سے۔ لبلبہ کے قمر، معدے، قولون، گردوں، ثرب، بیضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے۔ جگر کے پھوڑے یا کیسیہ کے دباؤ سے۔ شکمی انورسما، مجمع براز، یا حاملہ رحم کے دباؤ سے۔ واقع ہو سکتا ہے۔ تسددی کبدی یرقان کی بہت سی اصابتوں میں صفراء مرارہ اور صفراوی قناتوں کو متمدد کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمفائیہ اور عروق دمویہ کے اندر داخل ہو کر آخر الذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفراء کے مخصوص و تمیز رنگ سے ملون کر دیتا ہے۔ غالباً کامل تسدد ہونا شرط نہیں ہے جس کی وجہ یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفراء کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اتنا کم ہوتا ہے کہ گینٹی پگڑ میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مفرزہ صفراء کو دوران خون میں اس بھیج دے گا۔ کامل تسدد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک ننگ صفراء سے، یا اس پر دباؤ ڈالنے والے سلحہ سے پیدا ہو جاتی ہے) صفراء آنٹوں تک نہیں پہنچ سکتا اور براز، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، سپید یا مٹی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسدد دور ہو جاتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی ان قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہو جاتی

ہیں (کیونکہ ان سے وائن ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہو جاتے ہیں) لیکن دوسرے گرو کے افراد سے عموماً دو ہی تہ تعامل حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں ایسی اصابتوں کے یرقان کا سبب نسبتاً چھوٹی صفراوی قناتوں کا التهاب سمجھا جاتا تھا، اور اس واسطے ایسے یرقان کو تسدوی سمجھتے تھے لیکن بروئے (Brule) اس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف طحیضاً دوران خون میں محتبس ہوتے ہیں، اور کبھی صرف مبعثت صفراویہ (یہ مفترق یرقان dissociated jaundice کی دو قسمیں ہیں) لہذا یقیناً خود کبدی غلطی سے ماؤف شدہ ہوتے ہیں (74)۔ وہ اس یرقان کو جو کہبت، ارتجاج یا مرض قلب کے امثلا کے باعث ہو اُسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تسدوی یرقان میں دموی فاسفوٹیس (phosphatase) زیادہ ہو جاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے۔ (75)۔

مخفی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنی ہیں کہ خون میں بائلی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تمثیلی زرد رنگ پیدا کر سکے یا گردوں سے بائلی روبین کا اخراج کر سکے۔ ایسی اصابتوں میں قارویے کے اندر عموماً یوروبائلیں کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بافتوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کی تبدیل حیثیت ہو جاتی ہے۔ تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائلی روبین بولیت نسیاں ہو تو یوروبائلیں بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ مخفی یرقان مرض قلب میں موجود ہو سکتا ہے اور اس سے فٹل قلب کے آغاز پر دلالت ہو سکتی ہے۔ اس کی موجودگی متلف عدم دموی کو اس ثنائی عدم دموی سے جو زف کے باعث ہو، تمیز کر دے گی۔ آرسینو غیزال سے علاج کے بعد، اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ مخفی یرقان اس امر کی دلالت ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کہبت میں وہ نہایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقان نوزائیدگان (icterus neonatorum)۔ نوزائیدہ بچوں میں یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتے تک رہتا ہے اور اُس کے ساتھ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ صبیغہ صفراویہ، جیسا کہ وائن ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے، دروں رجمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے، اور یہ عمل فعلیاتی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے، جو کہ پیدائش کے بعد دفعۃً بڑھ کر رقان پیدا کر دیتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ مادری رجم جنین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں مدد ہوتا ہے، اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیرخوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی و طیفہ کو بہت آہستہ آہستہ رکتا ہے (ملاحظہ ہو متلف عدم دمویت)۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑ کو اور ازاں بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے، اور اگر سرخ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے، اور پیشاب کا رنگ صبغہ صفراویہ سے رنگین نہیں ہوتا، آلاشید تراصابوں میں مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔

388

نوزائیدہ لاکھ کا خطرناک خاندانی بیرقان (familial jaundice)۔

یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے۔ بیرقان پیدائش کے بعد پہلے دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر، اسکی شدت بہ سرعت بڑھ جاتی ہے۔ غنودگی موجود ہوتی ہے اور وزن گھٹ جاتا ہے شیرخوار بچہ تقریباً چودھویں دن اکثر تشنجات کے ساتھ مر جاتا ہے۔ پیشاب میں یوروبائلین اور اکثر باکٹریاؤں کا وجود ہوتا ہے بعض اوقات نزفات دیکھے جاتے ہیں۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔ جگر اور طحال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں محضی اثرباب روزانہ بچہ کے ٹیٹن پر کیا جائے یہاں تک کہ اس کے خون میں صبغہ صفرا کم ہو جائے۔ یہ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے۔ اس علاج کیساتھ انذار اچھا ہوتا ہے (90)۔ بیرقان کی دوسری اصابتیں جن کی تفریق کرنی چاہئے، یہ رجم خاندانی ہے صفر (ابولی بیرقان) (familial acholuric jaundice) جس میں ”مریض بہ نسبت قے کرنے کے بیرقانی زیادہ ہوتے ہیں“ صفر اوی قنا توں کا پیدائشی (الطماس) (congenital obliteration of the bile ducts) جو سفید پاخانوں اور صفر اوی کہبت کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور جس میں جگر سخت ہو جاتا ہے۔ پیدائشی آتشک (congenital syphilis)۔ بیرقان ساری

(infective jaundice) جس میں ایک صریح سرایت موجود ہوتا ہے اور تیش بلند درجہ پر ہوتی ہے۔

استقناء شکمی

(ascites)

اس اصطلاح سے کہنے باریطونی کے اندر مصلیٰ سستیاں کی موجودگی مراد ہے۔ مصلیٰ کہنوں میں کے دوسرے انصبابات کی طرح یہ بھی عموماً قلوئی ہوتا ہے، اسکارنگ پھیلا پھول کے رنگ جیسا، اور کثافت اضافی ۱۰-۱۸ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت البیومیونی ہوتا ہے اور اس میں کلورائیڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اسباب ذیل کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ (۱) بانی دوران خون کے تسد سے، جو وریڈ الباب کے تنہ میں ہونا جگر کے اندر اس کی توزیع میں ہو۔ (۲) امراض باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مرض گردہ یا مرض قلب کے استقنائے کلی کے جزو کے طور پر۔

وریڈ الباب کا تنہ، شق بانی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے خدد کے دباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیب سے، یا وریڈ الباب کے اندر خون کی تروییب (علقیت) التهاب وریڈ الباب سے متسد ہو سکتا ہے۔ جگر میں بانی تسد کا خاص سبب کہبت کی یعنی بیش بالیدگی سے بن لختی آوردہ کا انضغاط ہے بعضوں کا خیال ہے کہ بانی تسد استقناء شکمی کا کافی سبب نہیں ہو سکتا، اور وہ استقناء شکمی کو ان سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مرضی جگر میں پیدا ہو جاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہو کر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بانی تسد کا ایک دوسرا سبب التهاب غلاف کبد ہے۔ تسد کی ایک تیسری قسم قلب اور شش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہو جاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب تسع ہو جاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہو کر گزرنے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶)۔

استقناء شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں۔ حاد اور مزمن التهاب باریطون، تسد تری التهاب باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرض برائٹ میں دوسرے مصلی کہنوں کے ساتھ ساتھ باریٹون بھی محل الغصاب

ہوتا ہے۔

طبعی امارت شکم بڑا ہوتا ہے، اور زیادہ استسقا، شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً تنیدہ ہوتا ہے اور اُس کی شکل گلوبیٹا ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سامنے کی سمت ایک قطعی اُبھار ہوتا ہے۔ ازاں بعد شکم کی دیواریں کھینچ کر پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹا ہے تو سیال قوتِ جاذبہ کے اثر سے پیچھے کی طرف بہ کر ہر پہلو میں جمع ہو جاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چبلی ہو جاتی ہے۔ اس وقت جو مانع پیدا ہوتا ہے اُس کی مقدار ۳، ۴ یا ۵ گیلن ہو سکتی ہے، اور شکم اسی تناسب سے بڑا ہو جاتا ہے چنانچہ اُس کا محیط ۲۰ تا ۲۲ انچ یا زائد ہو سکتا ہے۔ سیال کی موجودگی امتحانِ کٹمن طریقوں سے معلوم ہو سکتی ہے، جو قسعر

تموج، اور انتقال موضع ہیں۔

قرع شکم کی سطح طبعی طور پر گمکی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنتوں میں ہوا موجود ہوتی ہے۔ لیکن جب سیال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور خشی خطے میں جمع ہو جاتا ہے، چنانچہ ان حصوں کے قرع کرنے پر ایک اصم آواز نکلتی ہے، درآخالیہ شکم کا مرکزی حصہ گمکی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھرا کر پھر قرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطے اصم ہو گئے ہیں، اور وہ پہلو، جو اب سب سے اوپر ہے، گمکار ہے۔ اس کا سبب یہ ہے کہ سیال قوتِ جاذبہ کی وجہ سے اسفل ترین حصہ میں بہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنت بلند ترین حصے میں تیرنے لگتی ہے، اور ایسا ہونا باریٹون کے اندر سیال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استسقا، شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کا شفعہ ہم پہنچاتا ہے۔

تموج حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو اُننگلی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے واپار انتقال موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربیلی شکمی دیواریں سیال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقال موج واقع کر سکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموج کی

آزمائش کرتے وقت ساتھ کی یا کسی کتاب یا دفتری کی کور شکم کے مرکز میں رکھ دینی چاہئے۔
 (انتقال موضع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے، لیکن بعض مباحثوں میں اس سے استفادہ شکمی کی شہادت اس سے بہت جلد مل جاتی ہے کہ جتنی جلد قرع یا تموج کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر استفادہ شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ استفادہ شکمی سیال میں ڈوب جاتا ہے اور سیال کی تھوڑی مقدار اس کی اگلی سطح اور دیوار شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے شکم کے اس مقام پر انگلیاں رکھ کر انھیں یکایک اندر دبا دیکھنے سے یہ سیال ہٹ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے یہ سیال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے، کیونکہ اگر وہاں کوئی سیال نہ ہوتا تو جگر اگلی دیوار شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف الاقسام دویروں میں سے کسی ایک قسم سے جو شکمی یا حوضی اخشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حامل رحم سے، یا متندہ مشائہ بولی سے استفادہ شکمی کا تشابہ ہو جاتا ہے۔ یہ دویر سے بیضی، برہیضی (parovarian) یا کیلیوسیٹی اور کلیوی دویر سے ہوتے ہیں۔ اگر قریبی کا شفقہ کامیاب ہے تو یہ خارج از بحث ہو جاتے ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ توجہ کا شفقہ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اصم ہے تو ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک میں اور ایسے استفادہ شکمی میں تفریق مشکل ہو جائے جس میں تیس چکی ہوئی ہوتی ہیں بیضی دویر سے کی خاص شناخت یہ ہے کہ اس حالت میں شکم سامنے سے پھلوؤں کی طرح گھمرا ہوتا ہے کیونکہ آنتوں کو دویرہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم دبا کر پھلوؤں میں ہٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہو جاتا ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ دویرے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں آ جاتا ہے، بالخصوص جبکہ اس کی جستجو حرکات تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلوسی الشکل استفادہ شکمی (chylous and chyloform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہ نہ باریطون کے اندر سیال بجائے صاف مصلحہ ہونے کے دھندلا دودھئے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قناتہ صدری یا لبنی عروق سے کیلوسس کی وجہ بدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وجہ بدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے

ہوتی ہے۔ ان کے تسدد کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طفیلیات کی موجودگی (ملاحظہ ہو فلاریسٹ = flarinsis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء مشکلی ہے۔ ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی، مائل سپید ہوتا ہے، اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور بُو کا انحصار اُس غذا پر ہوتا ہے جو لی جا رہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا ہے تو اُس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے سمجھی گلو بیجے نظر آتے ہیں، مگر خلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اُس میں فائبرین کا ایک تھکا بجائے۔

ان اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ، یعنی کیلوسی الشکل استسقاء مشکلی یا کاذب کیلوسی استسقاء مشکلی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھیا سپید ہوتا ہے اور اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دے، یا محض اُس کے خفیف سے آثار ہوں۔ لیکن بہر حال اُس کا دودھیا پن چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) کے ایک مرکب کے دقیق ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جنہیں غیر نامیاتی لطافت معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار خلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسیتھین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندیدگی سے عرصہ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔

کیلوسی الشکل انصابت کسی ایک مراضیاتی حالت کے عجز نہیں ہوتے، لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا سدرن یا کہبت، یا گردے کا مزمن التهاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر انداز بڑا ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسی الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہف پر بزل کا عمل نہ کیا جائے، یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصابت اُسی قسم کا ہے جو زیر بحث ہے۔

جگر کے امراض

خراج

امراضیات - جگر کے پھوڑے کسی عفن عامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو مندرجہ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہو جائے: شریان کبدی و رید الباس، یا تفتیحی التهاب قنات صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قناتیں۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تفتیح الدم کا ایک جزو ہوتے ہیں، بمساکہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں انکو تفتیح الدمی خراج (pyaemic abscesses) کہتے ہیں۔

ورید الباس اس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تفتیحی التهاب و رید الباس (suppurative pyelphlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور مارینی زحیر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، عفن علامات و رید الباس کے رقبہ میں کے تضررات سے منتقل ہو جاتے ہیں۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوں تو اس حالت کو بابی تفتیح الدم (portal pyaemia) کہہ سکتے ہیں بعض اوقات و رید الباس اور اس کی شاخیں شکستہ و ریختہ رہی ٹھکے سے پُر ہوتی ہیں، اور و رید کی دیواریں مکتب ہو کر تفتیحی التهاب و رید الباس پیدا کر دیتی ہیں۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الہین کے نمبر سے لیکر فہ (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں پختہ پیپ، یا عسلینی مائع اور چورہ یا ترناؤ جیسے غشیات، جو ابھی علیحدہ ہوئے ہوں، موجود ہو سکتے ہیں۔ جن اصابتوں کی ابتداء

التهاب ورید الباب سے ہوتی ہے اُن میں یہ دکھانا آسان ہو سکتا ہے کہ تقيح زیادہ تر ورید الباب کی توزیع کے مرض واقع ہے۔ جہاں پھوڑے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیسہ اکثر ملتبس ہوتا ہے۔

علامات۔ جگر کے متعدد پھوڑوں والی اصابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ وہ تقيح الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ اُن میں شدید بیٹی اختلال ہوتا ہے، جس کے ساتھ عادی قسم کا بخار، نبض سریع، خشک بھوری یا فردار زبان، اور جلد ہی پیدا ہونے والا انبساط ہوتا ہے۔ قے اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن آنکھوں کا فعل مختلف ہوتا ہے، یعنی کبھی تو قبض ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں مگن ہے کہ ناف کے یول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اُس کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اُس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضبوط، یا سنگھائے صفراء سے مسدود ہو جائے۔ صبغہ صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت، بلاشبہ اسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدت مرض ایک سے کئی ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اختتام یقیناً ہلاکت نیز ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس حقیقت پر ہونا چاہئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک حادثہ سے ماؤف ہوتا ہے، جس کے ساتھ شدید عمومی ستم الدم ہوتا ہے، بالخصوص اسوقت جبکہ ان علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضرر بھی ہو جو بطور اولیٰ سبب شناخت کیا جائے۔ علاج۔ بیشتر علامات ہونا چاہئے۔ تغذیہ کو کم اور مہتجات کے ذریعہ عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہئے۔ تخفیف درد کے لئے افیون اور مقامی لاسقا پوسٹوں، تکیدات، وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

انمازلی یرقان (catarrhal jaundice) 'حاد التهابی جگر' (acute hepatitis)

یہ ان عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے۔ نازلی یرقان کا نام اس اجتماع سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی حلیہ کے مقام پر تدریجاً پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہے جو کہ کارحی مخاط یا غشاء مخاطی کے ورم سے واقع ہوتا ہے۔ یہ ناممکن نہیں کہ بعض اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں۔

سمت اسباب۔ ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کثیر لائق ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ہوں۔ ساری کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی ان مشہور مثالوں کو بھی شامل کر لیا جاتا ہے جو خوف کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، ان کے خاص مظاہر تو بہر حال ساری کبدی یرقان سے مماثل ہوتے ہیں۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو وبائی یرقان (epidemic jaundice) کہا جاتا ہے۔ ان میں سے بہت سی وباؤں میں صرف بچوں پر یا خاص کر بچوں پر حمل ہوتا ہے۔ نسبتاً کم مثالوں میں بالغ اشخاص بھی زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک متعین جراثیمات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے۔ لیکن جہاں مرارہ اور صفراوی گذرگاؤ کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر دلالت ہے کہ کبدی افراز بند ہو گیا ہے، جس کی وجہ حاد التهاب جگر ہے، اور بلاشبہ یہ مرض کا اصل سبب ہے۔ تاہم اثنا عشری التهاب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ کو روک سکتا ہے، اور اس طرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہو سکتا ہے (76)۔ ساری یرقان جو پیچ ٹویانہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوجھ، ہضم، معدے میں گرانی، درد، اور یسیت، اور شاید ساتھ ہی کبھی کبھی تھکے بھی ہو اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو لیکن نہایت کثیر التعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا، البتہ جب تک جنتک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اس کی جلد میں زرد رنگ کی جھلک پیدا ہو رہی ہے کبھی کبھی یرقان سے پہلے جو ارج میں شدید درد ہوتا ہے۔ یا اصابت ترقی پا کر جگر کے حادثہ کی اصابت بخجانی ہے۔ جلد اور

بلحمات چشم شوخ زرد رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ پیشاب کا رنگ مہلک صفراء کی وجہ سے زردی مائل مجھورا ہوتا ہے، اور اُس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہوتے ہیں۔ برازیلکے یا بیٹیلے رنگ کا ہوتا ہے مہلک سے عموماً وَاَن دُنِ برگ کا راستہ کا شفیہ یا دوہیتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ تپش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کوئی بنیادی اختلال نہ ہو، اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات وہ کسلند ہوتا ہے، محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی، بھوک خراب، اور کیفیت رستلی ہوتی ہے۔ کبدی خصلے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا، بلکہ اَلِیمیت تک نہیں ہوتی لیکن کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہو سکتے ہیں۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھا ہوا نہیں ہوتا لیکن بعض اوقات اُس کی اَصمیت پسلیوں کے حاشیے سے ایک یا دو انگشت نیچے تک پہنچ جاتی ہے، اور پھر اُس کی کور اور متعدد مرارہ بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ آنخول کی حالت مختلف ہوتی ہے، اکثر توقض ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی غیر بستہ پاخانے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض غیر متاثر ہو، لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر سست نبضیں پائی گئی ہیں۔ علالت دو سے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے، اور آہستہ آہستہ جلد کی رنگت بھی درست ہو جاتی ہے۔

وبائی خصل میں مدت حضانت تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے۔ تشخیص کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ کلانی جگر، جو ایک سر بیج الوقوع امارت ہے، جگر کی وظیفی کارکردگی کے کا شفاتِ عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے اور ان کا شفات سے وظیفی قلت پائی جائے۔ ایک نوغرض میں جو پہلے تندرست تھا، یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شہادت تھی، یرقان کا بلا درو یا تقریباً بلا درد حملہ ہونا، بالعموم اُسے اُس یرقان سے عمیز کرتا ہے جو سنہ گہاٹے صفراء، سرطان، اور کُستبت، یا دوسرے نہایت عام سبب کے باعث ہو۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تین امراض میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر، یا نسبت زیادہ عمومی التهاب قناتِ صفراء کے امکان پر غور کرنا چاہیے۔ وبائی شکل کو نحیف مرغولی یرقان سے متفرق کرنا چاہیے۔

(جو ملاحظہ ہو)۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند نوں کچھوڑ کر باقی مدت میں، ایک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ آخر الذکر میں کثیر فواتی خلیات ابیض کی کثرت ہوتی ہے۔
انذار۔ حادثہ کے آغاز کی شاذ استثنائے کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے۔

علاج۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن اُسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ اور خاص کر گلوکوس ہو اور شحم اور مہیجات سے پرہیز کرانا چاہئے۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک مالچ بلین دیدینا چاہئے۔

جگر کا حادثہ

(acute necrosis of the liver)

حاد (اصفر ذبول) (acute yellow atrophy)

اس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سرلیح انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اس کا طبعی حجم گھٹ کر جسامت میں دو ٹولٹ، بلکہ نصف رہ جاتا ہے۔

392

بیمت اسباب۔ یہ ذکر کی نسبت انات میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر تیس سال سے نیچے کی ہوتی ہے، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے۔ اس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اسبابیں ایسے اشخاص میں واقع ہوئی ہیں جنہوں نے اوباشانہ زندگی بسر کی ہے، یا ایسے اشخاص میں جو آتشک میں مبتلا ہو چکے ہیں، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں۔ نیز یہ ایک جراحی علیہ کے بعد چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے، اور یہ علیہ ہمیشہ ایک شکی علیہ تھا، جو کلوروفارم کے زیر اثر انجام دیا گیا۔ سمی یرقان پیدا کر دینے والا حادثہ ٹرائے نائٹرو ٹولین (T. N. T.) (trinitrotoluene)، ٹیٹر اکلوری ٹین (tetrachlorethane) (aeroplane dope)، آرسینو بینزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117) اور فینائل سکنو نیک آسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو تیس: Gout) کے قسم سے اور خفیف مرغوبی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے حادثہ خرا اور کہبت کبد (cirrhosis of the liver) دراصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسمم کی مختلف ہیئتیں ہوں جو پہلی صورت میں حادثہ اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی غلیج کو تحت اسکا ذبول (subacute atrophy) یا کثیر گرگی شش تکوین (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ یا طائفا ہے۔ نیز یہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا سرایتی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی تشریح - ۱۔ حادثہ قسم - حادثہ ترین اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اس کا رنگ کپاسی زرد ہو جاتا ہے۔ جب مرض اس قدر زیادہ حادثہ ہو تو جگر حجامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا وزن صرف ۳۰ یا ۲۸ اونس ہو وہ نرم، لچلچا اور تقریباً سہیل کی تحصیل جیسا ہوتا ہے، اور اس کا کیسہ، جو مجھڑی دار ہوتا ہے، اپنے باہر کے لیے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے۔ تراشنے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کس قدر شوخ سرخ رنگ کی چکٹیاں ہوتی ہیں، یا بعض حصوں میں وہ بالکل سرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد۔ اصلی تغیر ایک ذراتی یا تجمعی انحطاط ہے، جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ تنخر لختا کے مرکزی منطقوں میں شروع ہوتا ہے۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ آلف کم ترقی یافتہ ہوتا ہے اور شاید وہاں چند صفراء آلود خلیات ملیں۔ سرخ حصوں کی رنگت بافت کے نسبت زیادہ کامل تنخر کی وجہ سے ہوتی ہے، یہاں تک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے ہمیں اکثر الیومینی مادے، چربی اور صبغہ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلوبچوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا۔ جگر میں لیوسین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں اور موت کے چند گھنٹے بعد تراشوں کی سطح پر ان کی قلیں خود بخود جمع جائیں گی۔ صفراوی قناتیں خالی، اور

صبغہ صفر سے رنگین ہوتی ہیں۔ مارہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اُس کے اندر لزج رماوی مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

دوسرے اعضاء میں بھی شحمی اعطاط واقع ہو جاتا ہے، بالخصوص گردوں میں (جن میں خلیات مغزہ ذراتی یا شحمی ہوتے ہیں)، اور قلب اور عضلات میں جلد کے نیچے، مخاطی جھلیوں میں، مصلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں نمشت پائے جاتے ہیں۔

۲۔ تحت الحاد ذبول یا کثیر گہلکی بیش تکوین۔ جگر جانت میں اتنا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی بازتکوین ایک ممتاز خاصہ ہوتا ہے۔ زرد رنگ کی غدی سلعے نما گرہیں یعنی بافت کے ہیکل میں جہی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اُن کا چھوٹا یا بڑا ہونا بازتکوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور خسروہن سے دیکھنے پر انہیں نو تکوین یا کبدی خلیات اور صفراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تھخری خلیے بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اُس کی لیفی بافت کی ترتیب کہبت سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد گرہیں منظر میں اُسی مرض کی حاد قسم سے مشابہ ہوتی ہیں۔

علامات۔ علامات ابتداء مبہم ہوتے ہیں۔ اکثر یہ مرض ایسے برقان سے شروع ہوتا ہے جو نازلی برقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے جیسے کہ متلی، قے، آنخوں کے فعل کی بیقاعدگی۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خطے میں رد متناہی جلد شروع ہو جائیں۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبتہ زیادہ متمیز خصائص نمایاں ہو جاتے ہیں، جو یہ ہیں:- دماغی اختلالات یعنی ابتداء درد سر اور بے چینی، پھر ندیان اور تہنجی طور پر نمایاں ہونے والا قوما، معہ شخصی جھٹکوں کے، یا زیادہ شاذ اصابتوں میں، خاندان کے قریب، صرع جیسے وروں کے۔ اب برقان نمودار ہو جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ مصل دموی وانڈن برگ کے کاشفہ کے ذریعہ راست یا بالواسطہ یا دوہینی تعامل دیتا ہے۔ پیش شاذ ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ۱۰-۱ سے ۲۰ تک ہو۔ نبض جو ابتدائی برقان کے وقت شاید سست فسادھی

اب تیز ہو جاتی ہے۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانتوں اور لبوں کے قریب و سخ جمع ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں کبدی خٹکے میں درد اور قطعی البیمیت موجود ہوتی ہے، جو قوما کے درجہ تک میں، اس مقام پر دبائے سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اُصمیت و مسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے چنانچہ بالآخر اس کا انتصابی ناپ صرف ایک انچ یا اس سے بھی کم رہ جاتا ہے۔

شکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ بارکشیدہ ہوتا ہے۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ قارورے میں صفرا موجود ہوتا ہے اور البیوں کا موجود ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور بائک بھی موجود ہوتے ہیں۔ خون بھی موجود ہو سکتا ہے، جو ایک عام نرزی حالت کی دلالت ہے۔ علاوہ ازیں درجہ چھٹی قے، برازیں (جو بیشتر پھیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفرا کی کمی پائی جاتی ہے) خون کی موجودگی، رُغاف (epistaxis)، زف رجمی (metrorrhagia)، یا حملہ کے نیچے نشی نزفات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نرزی حالت پر دلالت کرتے ہیں۔ بڑھتے ہوئے قوما کی وجہ سے بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چار دن تک جاری رہتے ہیں۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت لمبی عرصہ تک، کئی ہفتوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے۔ ایسی اصابتوں کو تحت الحاد ذبول کہتے ہیں۔ بعض ووری اصابتوں میں حملہ مرض خفیف ہوتا ہے اور مریض شفا یاب ہو جاتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی ٹائٹرو ٹولومین (T. N. T.) اور آرسینو بینز ال کے قسم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حاد اصفہ ذبول تقریباً ہمیشہ جملک ہوتا ہے، لیکن شفا یابی کی ان مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اس مرض کی ایک ملکی شکل بھی ہوتی ہے۔ ٹرائی ٹائٹرو ٹولومین کے قسم کی مثالوں میں اکثر عجیب و غریب خفا پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اس زہر میں تکشف ہونے کے چند سال بعد ظاہر ہو۔

تشخیص۔ اس کا انحصار عموماً دماغی علامات کے وقوع اور کبدی اُصمیت کی سربے تقلیل پر ہوتا ہے، جو ایک یرقانی مریض میں واقع ہو جائے۔ امتحان بذریعہ

لاشعاع تشخیص کا ایک قابل قدر طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔ انتصابی وضع میں دیکھنے پر سایہ کی بلندی کم پائی جاتی ہے۔ بالائی سطح، کیسے کے ارتخا، اور پھیمپٹریس کے جڑ کی وجہ سے، گنبد نما نظر آتی ہے، اور زیرین کنارہ طبعی حالت کی نسبت زیادہ انتصابی نظر آتا ہے۔

انذار۔ حادثہ جگر، جب علامات نمایاں ہوں، نہایت مہلک ہوتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے کہ ازاں بعد نکس اور بالآخر موت واقع ہوئی ہے۔ یہ سخت الحاد اصابتیں ہیں۔ خفیف تر اصابتیں ممکن ہے کامل طور پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ آخری درجہ میں مشکل کچھ کیا جاسکتا ہے لیکن ابتدائی درجوں میں سستی جزو عامل کے ازالہ یا تبدیل کی کوششیں کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے۔ بستر پر آرام، گلوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور دروں و ریدی طور پر (۶ فیصدی)، نیز فیصدی کیلشیم گلوکونیٹ کا درون و ریدی طور پر (اسی سی روزانہ) اور سوڈیم تھایوسلفیٹ کا دروں و ریدی طور پر (۶ گرام) کثیر المقداریں کے ہمراہ آزما چاہئے۔

کبیت جگر

(cirrhosis of the liver)

کبیت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جن میں لیفی بافت کی درپردہ شہوتی ہے۔ کبیت کا نام (جس میں زردی کے معنی پائے جاتے ہیں) اس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بابی کبیت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے۔ تاہم اس نام کا اطلاق اکثر دومرے جسمانی اعضا کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے، مثلاً کبیت شش اور کبیت گردے، لیکن ان اعضا کے لئے لیفیت کی اصطلاح کو کبیت ترجیح دینی چاہئے۔

کبیت کی تین خاص قسمیں ہیں:- (۱) بابی کبیت، جس میں مزمن خراش اور علامات و ریدی بابی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں، اور جس میں دورانِ خلیں کے اختلال جو معدی زنف اور استسقاء شکمی پیدا کر دیتے ہیں، نمایاں سریری مٹا ہوتے ہیں۔

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں منظر ہوتا ہے، اور استسقاء شکی محض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) گرد خلوی کہبت، جو پیدائشی آتشک میں ہوا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 397)۔

بابی کہبت

394

(portal cirrhosis)

(multilobular, alcoholic cirrhosis = کنڈرلختکی الکحلی کہبت)

(hobnailed liver = گھل مینھی جگر)

بحث اسباب۔ اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا انحصار جزوی یا کئی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روج شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیٹتے رہیں اور انہیں کہبت نہ ہو لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکحلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن غیر مشکوک کہبت جگر کی بعض اصاباتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیت سبب مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معانی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کریں۔ آتشک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد میں غور کیا گیا ہے۔ خفیف درجہ کی تفسی بیش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ لمحالی عدم دھتو (splenic anaemia) کی بعض اصاباتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دمویت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متاخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان اصاباتوں کو ہراض بینڈی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے جگر والی کہبت (large-liver cirrhosis) آن اصابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خون لونیت

(haemochromatosis) کہتے ہیں۔ جدیدی صبغہ، ہیموفسکین (haemofuscin) اور ہیموسڈرین (haemosidrin) کی شکل میں آخر الذکر بروسیائی ازرق تعادل (Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی پیرل (Pearl) کا کاشف۔ بڑی مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابلہ میں ۱۰ گنا) جگر اور لبلبہ میں نیز دوسرے اعضا میں، ارادی عضلہ میں، شکلی لہنی غدود اور جلد میں مطروح ہو جاتا ہے، اور شخایت (bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کہبت، جگر میں اس صبغہ کے بعد پیدا ہوتی ہے یا پہلے۔ مستقر ذیابیطس (diabeti bronze) میں ذیابیطس، بیلہ میں ہیموسڈرین کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کو تانبے کے اطالت پذیر نسج کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ، جو ایک ساری مددینی مرض ہے، معتدل درجہ کی کہبت موجود ہوتی ہے۔ کہبت، بڑھتی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا ایک نسبتاً مماثل اجتماع (لیکن بلائیشان ڈوفوونی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی مرض ہے (Day and Ferguson) اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بانی کہبت (localised portal cerryhosis) پائی جاتی ہے، جو بلہارزیا (bilharzia) کی ترسٹ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)۔)

مرضی تشریح۔ جسامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت بڑا ہو، یا تقریباً طبعی جسامت کا ہو، یا نسبتاً بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات دبیشی پرورشی کہبت (hypertrophic cirrhosis) کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی چکنی ہو یا کسی قدر باریک دانے پیش کرے۔ آخر الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات ذبونی کہبت (atrophic cirrhosis) کہتے ہیں، لیفی بافت کے وسیع اور غیر منتظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے اور اس کی سطح پر لیفی بافت کھردری گومریاں بنا دیتی ہے (گل سینگی جگر = hobnailed liver) جب بزل کے بعد دوران حیات میں استسقا و شکلی ہمیشہ پھر نمودار ہو گیا ہو تو کیسے جگر دینا پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو گرد کبدی التهاب = perihepatitis)۔ لیفی بافت کے غمو کی وجہ سے، جو اس کے اندر تمام سمقوں میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوجدار اور سخت ہو جاتا ہے۔ تراشے پر وہ متعدد زرد، ہلکے بھورے اور زرد، یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنہیں رمادی نیم شفاف لیفی بافت کے چوڑے خطے گھیرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جاسکے تو بابی قنالوں (کیسٹیکلیس = Glisson's capsule) کے گرد و پیش کثیر التعداد گول خلیے اس بافت کی در ریزش کرتے ہوئے اور بعض مثالوں میں لختکوں کے درمیان بلکہ ان کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے جاتے ہیں۔ ازاں بعد سپیل لیفی بافت نمودار ہو جاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ اضافت میں تراش کا ایک بڑا حصہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لیفی بافت کے بند اُسے کبدی بافت کے حزیروں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے ہر حزیروہ متعدد لختکوں پر مشتمل ہو سکتا ہے (کثیر لختکی کہبت = multilobular cirrhosis)۔ لیکن بار بار ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لیفی بافت ایک لختک کو آرا پر چرتی ہوئی اُسکے بھی ٹکڑے کر دیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لختک اُس سے گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بڑا تنوع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذرات صبغہ کی وجہ سے بیشتر ملون ہو کر زرد یا بھورے ہو جاتے ہیں لیفی بافت میں کثیر التعداد نو ساختہ عروق دمویہ ہوتے ہیں جنہیں کبدی شریان میں سے مشرب کیا جاسکتا ہے، اور بلا تکیون یافتہ کبدی خلیے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرست کی سعی سمجھنا چاہئے، جو لختک کے وسطی اور بیرونی منطقوں کے اتخار کے بعد ہوتی ہے۔ نو ساختہ، نہایت عروقی لیفی بافت میں ایک فائدہ ہے، کیونکہ وہ باز نکوین یافتہ کبدی خلیوں کو تغذیہ بہم پہنچاتی ہے (۶۸)۔ ازاں بعد وہ بیکار ہو کر سکرڈ جاتی ہے اور اس طرح کبدی خلیات، وریڈالباب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ زیادہ مضبوط کرتی جاتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے جگر ابتداء بڑا ہو جاتا ہے، اور بعض بڑے اکہب جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہو کر جگر اپنے معمولی وزن سے بھی بہت کم ہو جائے۔ چنانچہ جگر کی تغیر پذیر جامت کا انحصار، کم از کم جسند، اُس درجہ پر ہوتا ہے کہ جس تک عمل ترقی کر چکا ہے۔

سرطانی کھبست (cirrhosis carcinomatosa) اُن اصابتوں کا نام ہے جن میں اکھب جگر میں ایک اقبلی سرطان نمودار ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مزمن خراش سے اُسی طرح پیدا ہو جاتا ہے جس طرح مزمن تشکیلی التهاب زبان (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زبان کا سرطانی سلعہ (epithelioma) ہو جاتا ہے۔

علامات - بانی کھبست کے علامات بالخصوص بانی دوران خون کے بڑھتے ہوئے تسدد کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یزقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات اکثر مفقود ہوتے ہیں، یا مرمض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ متصل سے وَاَن ڈن برگ کا دوہیتی تعامل حاصل ہو جائے۔ کثرت شرا بخواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے اکثر التهاب المعده موجود ہوتا ہے، جس سے بھوک جاتی رہتی ہے، زبان فزاد ہوتی ہے، اور قے ہوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی کلانی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل علم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جو اکثر پائی جاتی ہے قے الدم ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ بانی دوران خون میں تسدد شروع ہو گیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے خون کو جگر میں سے ہو کر گزرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جذرات یعنی ماساریفی، معری اور لحالی وریدیں بھی بلاشبہ متلی ہو جاتی ہیں اور اُن سے خالگی سطحوں پر ادما ہونے کا رجحان ہو جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیرین سرے پر کی اُن وریدوں کے انشقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور تحتانی ورید اجوف یا ورید مجرد کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قائم کرنے کے دوران میں دقانی نسا بن گئی ہیں۔ قے الدم کے بعد براز دم الاسود ہو سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادر الوقوع نہیں، اور دوران کھبست میں دوسرے حصوں (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے نزف واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔

بانی تسدد کا اہم ترین اور مستمّر نتیجہ سیال کا وہ انصباب ہے جو چھوٹی، ہوتی وریدوں سے کھفہ باریلینی کے اندر ہوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کر دیتا ہے جو اس سے پہلے استسقاء کے تشکیلی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی امابتوں میں

استسقاء شکی کے نمویاب ہو جانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایک بازائڈ انجینچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اُس کی کور سخت اور نہایت تیز یا گول ہوتی ہے لیکن اگر گرد کبدی التهاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے تاہم وہ عموماً دانہ دار یا گڑھی ہوتی ہے۔ طحال اکثر بڑی ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ محسوس ہو سکے۔ اُس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے جو حرقفی اور صدری تنوں کے درمیان دوڑتی ہیں۔ اس بجانب دوران خون کے ذریعہ بانی دوران خون کو سبکباری حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کیونکہ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ بانی نظام عام دوران خون سے بالکل بے تعلق نہیں ہے بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں جو کہ بہت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں اور جو بانی ورید کے جذرات میں کا کچھ خون قلب کی دائیں جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کیے گئے ہیں :- (۱) معدی اور مروی اور ردہ کے درمیان ارتباطات، فتحہ ڈایا فرامی کے مقام پر (۲) تخناتی ماساریتی کے اور اندرونی حرقفی ورید کی بواسیری شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۳) معدے کی اکلیلی وریدوں کے اور جابی وریدوں کی شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۴) ماساریتی وریدوں کی شاخوں کے اور منوی ورید یا دیوار شکم کی دوسری وریدوں کے درمیان ارتباطات۔ فرے رش (Frerichs) نے (۵) ان عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایا فرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیپی کی معین بانی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے جس کی وساطت سے بانی ورید ٹراسیسی اور اندرونی پستانی کی شاخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے۔

بڑے استسقاء شکی کے ذریعہ پھیپھڑوں کے قاعدے اکثر نہایت دب کر چکے جاتے ہیں۔ استسقاء الصدر اور پھیپھڑوں کا تہج بھی اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ استسقاء شکی کے خوب نمویافتہ ہو جانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے۔ وہ دبلا اور کمزور ہوتا ہے اس کی آنکھیں اندر بیٹھی ہوتی

ہوتی ہیں، یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے، اور چہرہ پر چھوٹی ستارہ نما ویرکیں ہوتی ہیں۔ تپش زیادہ تر طبعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار موجود ہوتا ہے۔ استسقاءے شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی ہفتوں کے اندر موت اکثر یا تو فشل قلب کے ساتھ، یا دماغی علامات (ہذیان اور قوما) کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے، اور یہ دماغی علامات مزمن الکھلیت سے واقع ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی قئۃ الدم مہلک ہو جاتی ہے۔ ثانوی برائتیں بھی عموماً ہلاکت پیدا کر دیتی ہیں۔

تشخیص۔ کہبت اکثر مخفی رہتی ہے، یہاں تک کہ قئۃ الدم، استسقاءے شکمی، یا خفیف سی یرقان اس کے راز کو افشا کر دے۔ یا الکھلی عادات کی وجہ سے اس کے آغاز کا شبہ کیا جاتا ہے، اور لیولوس یا گیلکٹوس کے تحمل کے مثبت کاشف سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جیسے کوئی یقینی تکلیف نہیں، امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہموار جگر پایا جائے۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اس وقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقاءے شکمی پہلے ہی کئی نمودار ہو چکنا ہے، اور پھر شرا بخواری کی کثرت اور قئۃ الدم کی سرگزشت، بڑے ہوئے جگر بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی، یہ سب تشخیص مرض کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ کبدی وظیفی کاشفات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔ جگر اور باریکوں کی ان دوسری حالتوں میں سے جو استسقاءے شکمی پیدا کر دیتی ہیں، اہم ترین یہ ہیں۔ سرطان، جو ممکن ہے کہ ورید الباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو متاثر کر دے اور باریکوں کی مزمن دبائرت کے ساتھ گرد کبدی التهاب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی التهاب)۔ سرطان اور درنہ، جب وہ جگر سے دور ہوں تو بھی التهاب باریکوں پیدا کر دیتے ہیں، جس کا نتیجہ استسقاءے شکمی ہوتا ہے۔ اول الذکر کی شناخت بالبدی اُن گروہوں پر سے ہو سکتی ہے جو شکم کے مختلف حصوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر اکثر شرب کی ایک دبازت پیش کرتا ہے، جسے غلٹی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جاسکتا ہے۔ قئۃ الدم اکثر کہبت کا نتیجہ ہوتی ہے اور تشخیص کے لئے بہت کار آمد ہے۔ لیکن وہ حادہ صدی قرعہ (acute gastric ulcer) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) میں بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔

انذار۔ ابتدائی درجوں میں، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ حالت وظیفی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہوگئی ہو، اگر الکحل کو بند کر دیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے۔ جب استسقاءے شکمی نویاب ہو گیا ہو تو مریض، مکرر بزل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے۔ بچوں کی بعض امابتوں میں استسقاءے شکمی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے باوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے۔

علاج۔ خود اکہب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جاسکتا۔ اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سد باب کر دیا جائے اور جو کچھ نقصان اب تک ہو چکا ہے اُس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے۔ الکحلی کہبت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا ادخال قطعاً روک دیا جائے۔ اور ابتدائی درجوں میں، جبکہ اجمعی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقاءے شکمی اب تک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کر لے تاہم ایسی اصابت میں یہ کہنا کہ لیفیت کس حد تک ترقی کر چکی ہے ناممکن ہے۔ غذائیں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کر دینی چاہئے۔ امعاء کو فعال رکھنا چاہئے اور قمتی اور سورہضم کے کوئی علامات ہوں تو اُن کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے۔ جب استسقاءے شکمی ہو جائے تو مدرات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدرات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں۔ مسہلات میں مندرجہ ذیل استعمال کئے جاسکتے ہیں: سلفیٹ آف میگنیشیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاشیم مرکب سفوف جلابہ (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریئم (elaterium)۔ اگر شکم بہت تنیدہ ہو جائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب استسقاءے شکمی پھر جمع ہو جائے تو بعض اوقات اس بزل کو مکرر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اس رائے کی بناء پر کہ استسقاءے شکمی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک جانب دوران خون کو نویاب کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں: (۱) شکم کو کھولنا، اور جگر اور ڈایا فرام کی مقابل سطحوں کو کھینچ کر انھیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma) اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی سانسے

کی دیوار سے جوڑنا (تثبیت الشراب = epiploxy) - اس کے متعلق یہاں شک نہ ہوئے
کیا گیا ہے کہ ان عملوں میں سے ۲۰ فیصدی میں کچھ کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

صفراوی کہبت

(biliary cirrhosis)

ایہینو کی کہبت (Hanot's cirrhosis) دبیش پرورشی صفراوی کہبت
(hypertrophic biliary cirrhosis) - اس مرض کی تسبیب اب تک مبہم ہے۔
یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کبھی یافت ماؤف ہوتی ہے یا صفراوی قناتیں۔ یہ ایک نیا
مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے
جگر کی کلائی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کلائی اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے
مریض کی بالیدگی ٹھہری ہوئی، جلد کی گہری لونیت، اور ہاتھ کی انگلیوں کے سرے
نمایاں طور پر گرز شکل ہو جاتے ہیں (کلاں طحالی کہبت = splenomegalie
cirrhosis) - یرقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے، اور پیشاب میں صغیر صفرا
موجود ہوتا ہے، لیکن استسقاءے شکلی عین اختتام کے وقت تک نہیں پایا جاتا لیکن
ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہڈیاں ہوجاتا ہے
بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قوما زرد ہوجاتا ہے۔
تیش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخاطی اغشیہ سے زف ہوتا ہے اور وہ
نہیں یا چار دن میں مر جاتا ہے۔

جگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفرا سے گہرا ملون ہوتا ہے
بابی کہبت کی نسبت اس حالت میں لیفی یافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب
ہوتی ہے، اور ہر تختک لیفی یافت سے گہرا ہوا ہوتا ہے (ایک تختکی کہبت
unilobular cirrhosis = ممکن ہے کہ کچھ لیفی یافت تختک کے اندر اور گردی
خلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں نکاثر ہوتا ہے۔ اس کی
شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا اکہب جگر مریض کے زمانہ حیات ہی میں چھوٹا ہوجاتا
ہے۔ ٹرفیڈرک ٹیلر نے ایک اصابت کا اندراج کیا ہے، جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا، اور مریض کو نہایت خوب نمایاں ریتان تو تھا مگر کوئی استسقاء شے کمی نہ تھا۔
پندرہ مہینے بعد یہ جگر ٹکڑا کر پسیلوں کی کور کے نیچے اور بالکل قریب آگیا۔ علاج باہمی
کہبت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسدوی قسم (obstructive form) - رُوس (Rous) اور
لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور ویدالباب کی متناظر شاخ
میں بندش لگا کر تجربہ ایک خاص لختکی کہبت پیدا کر لی، جو ہیٹھ کی کہبت سے
مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی، لیکن چونکہ وہ معمولی مجاری
میں سے نہیں گذر سکتا تھا، لہذا وہ میاں لختکی قناتوں کی دیواروں میں سے گذر کر
باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لہنی یافت پیدا ہو گئی۔

پھر اس کی بجائے ویدالباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام باہمی
خون کو جگر کے اُس رقبہ کی طرف منحرف کر دیا گیا جہاں صفراوی رگوں کا نسبتاً
زیادہ مقدار پیدا ہوتی اور اُس نے بین لختکی صفراوی قنالچوں سے خارج ہو کر ایک
گرد خلو کی کہبت پیدا کر دی۔

یہ نتائج ہیٹھ کی کہبت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے
ہیں، اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبتاً چھوٹی صفراوی گزرگاہوں
کے تسدو کے باعث ہو۔ لیکن صریحاً تسدوی صفراوی کہبت کی ایک ایسی قسم بھی ہے
جو ہمیشہ نہیں مگر گاہے گاہے سریری طور پر اس وقت پائی جاتی ہے جبکہ سنگھائے صفرا
یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے مسلسل تسدو ہو۔ صفراوی
قناتیں بہت قمع نظر آتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جگر ایک لختکی یا بعض اوقات کثیر لختکی
کہبت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدبیر سے حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔

جگر کی آتشک اور مدرن

آتشک پیدا آتشی ہو سکتی ہے یا آلتسابی۔

پیدا آتشک اولاً گرد خلو کی کہبت (pericellular cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے، اور ثانیاً صمغیانہ کے طور پر اول الذکر تغیر ایک

خلوی در ریزش کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو نمویاب ہو کر ایک لیفہ آسا تنصیب بن جاتی ہے۔ وہ لختکوں پر حلہ آ کر ہو کر مرخلیہ کو لیفی بافت کی ایک تہ سے گھیر لیتی اور جگر کی بڑی کلانی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خورد بینی امتحان سے حسب ذیل امور نظر آئیں :- (۱) بابی قنالوں کے گرد لیفی بافت کی زیادتی (گردابی کہت = periportal cirrhosis) - (۲) کثیر التعداد مضغی سرخ خلیے، یا مینوجہ کہ جگر اپنے مذمتی افعال جاری رکھتا ہے، جس سے اس اطراف جسیات کی تکامفی ہو سکتی ہے، جو آتشکی سم کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ (۳) دخی صغیے (80) انتصالی بافت میں پیچ موئے موجود ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی طحال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے، لیکن استسقاءے شکلی شاذ ہی۔ بعض اوقات ان اشخاص میں جو پہلے مین خلوی کہت کا موضوع رہ چکے ہوں، کثیر لختکی کہت نمویاب ہو جاتی ہے۔

علاج - ملاحظہ ہو پیدائشی آتشک صفحہ 117۔

اکتسابی آتشک - یرقان (جو آتشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر ہوا کرتا ہے اور آرسینو پینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرنا ہے کہ یہ سرایت ایک حادثہ التهاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آتشک جگر کا صغیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے مقامات کے صغیہ میں پائے جاتے ہیں، اور اس میں پیچ موئے بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ صغیہ کم و بیش کروی زرد تودے ہیں جو لو چدار اور لچکدار ہوتے ہیں اور رمادی لیفی بافت کے ایک منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے کثیر التعداد بند ٹکڑے متصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اس لیفی بافت کے انقباض سے جگر کی سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہو جاتا ہے، جس کی تہ میں اُسے پیدا کرنے والا صغیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اس طرح سے جگر ناہموار طور پر ٹکڑا رہتا ہے اور مشوہ ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات صغیے مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر ایک ریم نما رخت بن جاتے ہیں۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل لیفی بن جائیں اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک متخفف نہیہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ ان میں کلسی ذرات کا جماؤ ہو جائے۔ صغیہ جگر اکثر جربشی ہو جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ وہ باوجود تلبی

انقباضات کے بڑی جسامت کے ہوں۔ آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک دوسرا تغیر، گرد کبدی التهاب ہے۔ اغلب ہے کہ کثیر لختی کہبت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو۔

علامات۔ کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صمغیہ ایک ابھار بنا سکتا ہے جو چکنا اور لچکدار ہوتا ہے اور اس پر ایک کیسیہ یا دوسرے دوسرے کا بہ شدت لگان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ دائیں ضلعی حاشیہ کو اوپر اٹھا دے۔ اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ، لیکن غالباً آخری دہوں میں، آتشکی جگر بڑے، سخت، سطح پر ناہموار، اور لپٹی ندبات کے ٹکڑے کی وجہ سے مشوہ ہوتے ہیں۔ نہ تو استسقاء شملی کی اور نہ یقان کی موجودگی لازمی ہے، لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ ورید الباب یا قنات صفرا پر ایک صمغیہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں۔ اور گردے کے ہنرماں چریشی مرض کی وجہ سے اکثر البیومن بولیت بھی موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات صمغیہ کے ساتھ عادی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیم صمغیہ کو بہ سرعت گھٹا کر اس کے ساتھ کے بخار کو روک دیگا۔ سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جاسکتا ہے، اور اس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئے جائیں لیکن جب کہ نہ ندبات اور وسیع چریشی مرض موجود ہوں تو فائڈس کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے۔

متدرن۔ یہ تقریباً ہمیشہ عام متدرن کا جزو ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو، بخنی متدرن صفحہ 163)۔

جگر میں نوبالیدیں

(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے، سرطان ہے۔ دوسرے اکثر الوقوع سلعے میں سے حسب ذیل ہیں:۔ کھنکی عروقی سلعہ (cavernous angioma)، سادہ دوسرے (simple cysts)، اور وہ لپٹی غدی سلعی مطروحات (lymphadenomatous)

(deposits) جو مرض آجکل کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاذ ہی کوئی معین علامات پیدا کرتے ہیں۔ نکلہ نما خلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma) ، میٹلائنی لحمی سلعہ (melano-sarcoma) ، دُوریری لحمی سلعہ (cysto-sarcoma) ، مخاطی سلعہ (myxoma) ، اور غدی سلعہ (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

کبد شحمیہ

(fatty liver)

شحمی دسری نش (fatty infiltration) کبدی خلیات میں طبی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تعدیلی شحم سے انتہا زیادہ ہو جاتا ہے۔ شحمی الخطاط (fatty degeneration)۔ اس حالت میں شحم کے طبیعی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ نیجیاتی طور پر اسے خلیات کے اندر گلوبولوں کے طور پر دیکھا جاسکتا ہے، اور اسی وجہ سے خلیات الخطاط یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بجٹ اسباب۔ شحمی درریزش اور الخطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں :۔ حل اور رضاعت۔ عمومی فرہی۔ فاقہ کشی۔ جگر کا امتلا قتل قلب میں۔ ایسا زیا بیطس جس کا علاج نہ کیا جائے۔ انشاج (eclampsia)۔ جموی حالتیں کہ جن میں سموم اور بلند پیش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں۔ شدید عدم موتیتیں۔ جگر کا حادثہ خنز اور دوسرے امراض۔ فاسفورس سنگھیا، کاربن اناکسائیڈ (carbon monoxide) ، کلوروفارم (chloroform) ، فینائل مائیڈ رازین (phenyl hydrazine) ، اور کاربن ٹترا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا شحم۔

امراضیات۔ شحم جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے اس کے کنارے کستقد رگول ہوتے ہیں اور تر اشے پر اس کا رنگ سفیدی مائل زرد اور منظر یکساں ہوتا ہے اور ممکن ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔ علامات۔ شحم جگر میں درد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو جس کڑواہ شوار ہوا ہے

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گو کہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکلی دیوار فریب ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات، قسیمی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فریبی پر جو فصل ہے خاص کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربہ طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ لبلبہ ربودہ کتوں میں ذیابیطس میں مرور مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصلاح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک شحم جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو لبلبہ براہ دہن دیا گیا تو وہ صحت مند رہے لبلبہ میں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ کولین (choline) ہو (79)۔

399

چربی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشا آئس مرض (amyloid disease)

تقیق الصدر اور سل ریوی کے تعلق میں چربی اخطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات موقوف ہو جاتے ہیں، لہذا یہاں اس اخطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں بانٹوں کے اندر ایک سخت، بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے جس میں بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈسین یا نشا آسا = lardacein or amyloid) موجود ہوتی ہے، اور بعض قوتوں علامات اس مادہ کی تلوین کر دیتے ہیں۔ مثلاً آیوڈین کا آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔ سناڑہ جگر کی ایک ترشش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرا کر دیا گیا ہو) آیوڈین لگائی جاتی ہے، تو موقوف حصہ کا خاکہ اس ممیز رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد ہلکا سفیورک آئیڈ شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا ہے۔ میتھیل وائیولیٹ (methyl violet) یا جینٹین وائیولیٹ (gentian violet) چربی یا نشا آسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گرد و پیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا ہو جاتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربی مادہ پایا جاتا ہے وہ بہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق دموویہ کی دیواریں، دویم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیات ہیں (بشرطیکہ ان میں یہ مادہ پایا جائے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے محل وقوع کے لحاظ سے زیادہ تر بین خلوی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شرائین میں اس کا جسم و درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے اور ان کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ طحال میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان و صاریوں اور چکیتوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شعریہ اور غدی خلیات کے درمیان مائل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا انحطاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ محسوس اعضا جو اس سے ماؤف ہو جاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔ عروق سے اس کا جو تعلق ہے اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جاؤ خون میں سے ہوتا ہے۔ یہ اکثر بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تو اتر کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غدو لمفاویہ، درقیہ، اور بلہ، بیضین، اور رحم میں چربی جاؤ جسم کے کسی بھی حصے میں طویل تبقیح ہونے کے باعث ہوتا ہے اور سکل ریوی، آتشک، ثالثی، ہڈیوں اور مفاصل کے درنی مرض اور تبقیح المصلہ میں بالخصوص عام ہے، یا آتشک میں بلا تبقیح کے بھی۔

جگر میں چربی تغیرات تندرستوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروق شعریہ شریان کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جاؤ بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضبوط ہو کر مذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود ان کے اندر چربی جاؤ صرف کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ جگر بے انتہا بڑا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چکنی اور کوکیتقد گول ہو جاتی ہے، اور اس میں درو یا الیمیت مطلق نہیں ہوتی۔ یہ مرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اس کے ساتھ قیسی مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلانی، البیومن بولیت اور اسپہال بھی، جو دوسرے

اعضائے اندر اس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربشی جگر جو ساتھ ہی تشکی صمغیہ یا مذہبہ کا محل وقوع ہو، قدرتا اپنی ہموار چکنی سطح کو کھودیتا ہے، مگر وہ اپنے دوسرے ملازمت کی وجہ سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بانی ووران خون تنہا چربشی تخریر سے متبدل نہیں ہوتا، اور گو استقفا شکمی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، وہ بیشتر استقفاے کلی کے ساتھ ملازم ہوتا ہے، اور ان دونوں کو گردوں کے ہم زماں میں سے منسوب کرا چاہئے، یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں مثلاً کہبت صمغیہ، یا مرض التهاب باریطون کے باعث ہوں۔ گودے کا چربشی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سامنظر پیدا کرتا ہے۔ خرد بینی امتحان پر قبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے، اور اس کے بعد یکے بعد دیگرے عروق درآرندہ عروق مستقیمہ عروق برآرندہ، اور بین انبوی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عسروق مستقیمہ میں اس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قبلی کچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التهابی تغیرات موجود ہوتے ہیں چربشی طحال بڑھی ہوئی سخت اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور میلگیائی جیسول (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے، اور میلگیائی جیسول سطح پر سفید داغوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صا بولحال = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربشی مادہ گردے کے خلیات کے درمیان مطسروح ہوتا ہے، اور عضو زیادہ سکیاں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

تشخیص کبدی کچھ کے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت تفریحی ضرر یا ناشی تشک ہو، البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی، بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا خداتی سبائک موجود ہوتے ہیں، اور گاسے ایسے سبائک جو کہ چربشی تعامل دیتے ہیں۔ اگر گردے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض برائٹ کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے، اور آنت کے ملازم چربشی مرض کی وجہ سے اسہال موجود ہو سکتا ہے۔ اندازہ۔ یہ نہایت برا ہوتا ہے، لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلائی میں

تخفیف ہو جانا مرقوم ہے۔ ترقی پذیر استفسار: یوریا دمویت، خستہ کن، اسہال، مصلیٰ التہابات اور کبدی عدم کفایت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔
 علاج۔ اگر ممکن ہو تو سبب دور کر دینا چاہئے۔ یہ سبب رپوی میں تو ناممکن ہو
 لیکن شاید تھج کے دوسرے اسباب کا براجمی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو۔ اور پوٹاسیم
 آوڈائیڈ کا ڈیورائل آئرن (نوما) کوئین اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔
 آشکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں۔

جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

اہراضیات۔ اولی سرطان دوشکلوں میں واقع ہوتا ہے:۔ گرگوں کے
 طور پر جو جگر کے کسی حصے میں نمودار ہو جاتی ہیں اور ایک منتشر در ریش کے طور پر
 نیجیاتی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے:۔ (۱) کبدی خلیوں والا
 جن سے صفرا کا افزائیدہ ہو سکتا ہے یا (۲) صفراوی قنات کے خلیوں والا۔
 کبھی کبھی اولی سرطان اکثرب جگر میں نمودار ہو جاتا ہے۔ بالعموم جگر زیادہ بڑا نہیں
 ہوتا۔ لیفی نیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلمات پیش کرتا ہے، جو ابستہ
 سخت اور سپید ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان میں انحطاط یا تخریب واقع ہو کر ان کا
 رنگ زرد یا سبز ہو جاتا ہے۔ سریریاتی مظاہر کبیت کے مظاہر سے مماثل ہوتے
 ہیں اور اس حالت کو سرطانی کبیت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں ان میں سے ایک نہایت بڑی تعداد
 ثانوی ہے جو دوسرے احشائے (بالخصوص معدے، آنت، مرارہ، شقی، بائی میں
 کے غدود، رحم، یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔
 سرطانی خلیے دریدہ باب کی شاخوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ کر تختگی عروق
 شریہ میں جا گزیں ہو جاتے ہیں۔ ثانوی سرطان کی نوعیت، یعنی اس کے
 نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دارومدار اولیٰ سلحہ کی نوعیت پر ہوتا ہے۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر محض بڑا ہو جاتا ہے لیکن جب یہ گریہوں یا جداگانہ رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گریہ ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلوبو سچہ نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک سخت، محذب یا نیم کروئی بروں بالیدگی کے طور پر ابھرتی ہے۔ لیکن جب گریہ نسبتاً بڑی، مثلاً قطر میں ۱ تا ۲ انچ ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا خمی چورس کی صورت میں کوٹ چھوٹ جاتی ہیں اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گریہیں جو سطح پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں، ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے اندر دھنس جاتی ہیں اور ایک مرکزی نشیب یا نافیعی (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی دیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔ جگر کی زیریں کو ر بھی بے قاعدہ اور گریہ دار ہوتی ہے۔ تراش لینے پر ایسا جگر سپید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبے پیش کرتا ہے جن کے خاکے کم و بیش مدور ہوتے ہیں۔ نسبتاً بڑے رقبے مرکز میں نرم ہو رہے ہیں اور اُن میں سے بہت سے رقبے نزقات کی وجہ سے دھتے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبدی بانٹ جو اُن کے درمیان حائل ہے اکثر گہرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے جب سرطان کا آغاز مارہ، یا قنات صفر سے ہوا ہو، یا وہ شق بابی سے اندر کو بڑھ گیا ہو، تو اُسکی بالیدگی اُسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ اُسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مارہ، یا ایسا مارہ جس میں کچھ حصہ موجود ہوں، ایک سرطانی تودے میں مفروش یا گرا ہوا ہوتا ہے۔ شق بابی کے قریب کی سرطانی گریہیں قنات صفر یا ورید الباب کو دبا کر پچکا سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر اس نو بالید سے بالکل پر ہو جائے۔

علامات - سرطان جگر عموماً بہت زیادہ درد پیدا کرتا ہے جو دائیں مراق شائے اور کمر کو ماروفا کرتا ہے۔ ابتداءً وہ ایک وزن اور پیچینی کے احساس سے زائد نہیں ہوتا اور بعد میں شدید اور تھریق ہو جاتا ہے اور اُسکے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے اور ناف سے بہت دور نیچے اور بڑھ کر بائیں

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اس کی سطح پر گر لیں ابھر کر نمایاں ہو جاتی ہیں اور اس کا بے قاعدہ خاکہ ایک رنجی تصویر میں بھی دکھلائی دیتا ہے۔ کلائی زیادہ تر نیچے کی سمت ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ مخدب سطح سے بھی بڑے بڑے تودے بڑھ کر ڈایا فرام کو اوپر کے طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ شش کو دبا کر پچکا دیں۔ بالعموم سرطانی تودے کی سطح تقریباً پتھر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہبت یا چربشی مرض کے نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے، اور سخت سرطان سے نرم طبعی بافت تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جاسکتا ہے کہ وہ صفرا کی خالص قنات پر دباؤ پڑ جانے کا نتیجہ ہے، بالخصوص ان اصابتوں میں جہاں سرطان شق بانی سے شروع ہو۔ و ان دن برگ کا راست کا شفع حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استسقاء شکی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں، اور یہ سیال شاذ ہی اس قدر دافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار بیشتر ویدالباب یا اس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ایک نرمان التاب باریطون پر۔ نیز لاغری، شحوب، اور انبطاح جو خبیث یعنی سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتفع حرارت ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اس کے اشتدادات اور فترات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرض ہا جکن میں۔

تشخیص۔ ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو، مریضوں کی اکثریت میں جگر کے سرطان یا البلب کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ قنات صفرا ایک سنگ صفراوی سے تسد ہو گئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور ناہموار گر لیں محسوس ہوتی ہوں تو سرطان جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ ابھار جو صمغیہ (gunima) کی وجہ سے ہو، عموماً منفرد ہوتا ہے، اس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی کیساں طور پر ہو اور بہت زیادہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قرین قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو جگر کا بڑھا ہوا، ناہموار

اور گوڑے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً ممیز علامات ہوتے ہیں۔ چربی اور اکھب جگر نسبت کم سخت اور زیادہ مہوار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں چربی جھاؤ سے اور دوسری حالت میں ویدی رکود کی وجہ سے، دراصل لیکہ طحال کی سرطانی کلائی نسبت غیر عام ہوتی ہے۔ آتش کی جگہ نا مہوار اور دردناک ہو سکتے ہیں، لیکن یہ اکثر نسبتاً نوعمر اشخاص میں ہوتے ہیں اور اپنی مخصوص سرگزشت رکھتے ہیں۔ سنگھما صفر اکے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگزشت سرطان کے امکان کو خارج نہیں کرتی، بلکہ اس کی تائید ہی کرتی ہے۔

انذار - یہ نہایت یاس انگیز اور بُرا ہوتا ہے۔ مدت مرض شاذ ہی بارہ مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہو سکتی ہے۔ نسبتاً نرم قسم کی فوبالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کر سکتی ہیں۔

علاج - یہ محض تخفیف ہو سکتا ہے، اور اس پر مشتمل ہے کہ درد کی تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کر دیا جائے، بیشتر ان علامات کا جو اعتقاد ہضم سے متعلق ہوں، مثلاً تھیم، ریجیت اور قبض۔ غذا ہلکی مگر مغذی ہونی چاہئے۔

دوبیری مرض

(cystic disease)

اس نادر حالت میں کثیر التعداد دوبیرے، کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا زردی مائل اسمرا آبی مایع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے احشائے دوبیری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بڑھا ہوا ہو، لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص انذار اور علاج کا انحصار گردوں کے مائل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہو کر تا ہے (ملاحظہ ہو گروسے کا دوبیری مرض)۔

گرد کبدی التهاب

(PERIHEPATITIS)

402

امراضیات - گرد کبدی التهاب، یعنی جگر کے کیسہ کا التهاب، حادث یا مزمن، محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہو سکتا ہے۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہو جاتا ہے جو جگر میں یا اس کے قرب وجوار میں ہو، بالخصوص کبینہ، آشکی من، التهاب مرارہ، سرطان کیلیسہ، اور زیر دایا فرمی پھوٹے (subphrenic abscess) سے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التهاب باریطون کا جزو ہو۔

گرد کبدی التهاب میں جگر کی سطح کا منظر حادث التهاب باریطون کا سامنا ہوتا ہے۔ مزمن گرد کبدی التهاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم دبش دبیز ہوتا ہے۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ چکیتوں میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور ایسی چکیتیاں اس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التهاب پیدا کر دیتا ہے۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل ملفوف ہوتا ہے جس کی دبازت ۲ تا ۱ ملی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber، شکر کی تلہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver) ایسی امواتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے، جو متلازم التهاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے، اور طحال بھی اکثر شامل طور پر ماؤف ہوتی ہے (گرد طحالی التهاب = perisplenitis)۔

علامات - کیسہ جگر کے التهاب حادث میں مقامی اکیسیت اور درد ہوتے ہیں، بالخصوص تنفس کے عمل میں، اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے، یا جگر پر اتار رکھنے پر ایک رگڑا تھوس ہو۔ مزمن امواتوں میں جگر سخت ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ متوالی استسقاء شکمی بھی دیکھا جائے۔ بنیادی بلب کا علاج کرنا چاہئے۔

التهاب وريد الباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو مشکلوں میں سے ایک انضمامی اور تفتی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، ایک کا تو استسقاء شکمی کے ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے مستخرجات کے تعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

انضمامی التهاب وريد الباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ وريد الباب کی علیقت ہوتی ہے، جس میں خون کا تھکنا دیوار وريد سے چپک کر بالآخر اسی طرح متفتی ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متفتی ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو وريد الباب یا اس کی توزیع میں جوئے خون کا ابطار پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کہبت، آتشکی مرض، وريدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گرد کبدی التهاب میں اس کا بھی متلا ہو جانا، یا شقی کبدی کے قریب مزمن باریطونی التهاب۔ وريد الباب کا یہ تسد و مرض بینٹی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے، یعنی طحالی عدم دمویت جس کے ساتھ کہبت جگر ہو۔

تفتی التهاب وريد الباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیشہ شکم کے ضررات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم وہ رقبہ ہے جس سے وريد الباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ ضررات کی مثالیں التهاب زائدہ و دودید (جو عام ترین سبب ہے)، معادہ مستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، معدی قرح، اور شکم یا حوض کا کوئی تفتی ہیں۔ امکان ہے کہ

نوزائیدہ بچہ میں ورید بُتری کے عفن التهاب وریدی سے ورید الباب کو سرایت پہنچ جائے۔ شاذاً صابٹوں میں راست تضر سے بھی ورید الباب کا تفسی التهاب شروع ہو سکتا ہے۔

یہ فساد عموماً ورید الباب کی محیطی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ورید کی دیوار ملتبہ ہو کر متعجب ہو جاتی ہے، ایک علقہ بن جاتا ہے اور وہ پیب بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اس کے منتقل ہونے سے علقیت التهاب وریدی اور تعجب کے تازہ مرکز پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں، جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے پیب بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہو جاتا ہے۔ ورید الباب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے علقوں، یا پیب، یا متحشر سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہو جاتی ہے اور کبھی کبھی التهاب باریطون بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات - شراسینی اور مراچی درد، عادی بخار، قشعریرہ، پسینہ، قے، عدم موییت اور انبطاح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ورید الباب کا تسد و کیقد رشتہ شکی پیدا کر دینے کے لئے کافی ہو، اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ یرقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر چھوٹے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلائی اور ورد اور الیمیت موجود ہو۔ برازی میں عموماً اسٹیکوبالین (stereobilin) موجود ہوتی ہے۔ ایک ٹانفائیڈی حالت طاری ہو جاتی ہے، جس میں زہول اور نڈیان ہوتا ہے، اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پا کر خاتمہ جملک ہوتا ہے۔

403

تشخیص - یہ مرض باسانی نظر انداز ہو جاتا ہے۔ تعجب الدم عفنۃ الدم طیریانی بخاروں، حاواصف زبول، تفسی التهاب قنات مقرا مدارینی حشرائج زیر ڈایا فومی خراج، ٹانفائیڈ بخار یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا غلط ملط کیا جانا ممکن ہے۔ جگر کی ماؤفیت کی مقامی شہادت، اور بانی رقبہ میں سرایت کے مقامی سرچشمہ کی موجودگی کی شہادت اور طحال کی کلائی یہ سب تفسی التهاب ورید الباب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں، تو

اس واقعہ سے کہ صریح تقيح الدم بلا کسی خارجی زخم کے اور بلا التهاب دروں قلبہ (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکلی عضو کے سرچشمہ عفونت ہونے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تقيح الدم کے علامات، نمایاں یرقان اور التهاب مرارہ یا سنگہائے صفرا کی شہادت تقيحی التهاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

علاج۔ چونکہ اس مرض کا ممر تقریباً لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے لہذا علاج لامصل ہے، باستثنائے اُس کے کہ جو تخفیف درو، بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

ن صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض حالبین جیسی ایصالیاں نہیں ہیں اور نہ مرارہ محض مشانہ کی طرح ایک طرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدو میں جو ایک بے رنگ آبی سیال کا افراز پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا نل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا تر کیز کر کے ایک گاڑھا ہر سیال بنا دیتا ہے۔ اگر کبھی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک بے رنگ سیال یعنی سپید صفرا (white bile) سے پھول جاتی ہیں، اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہو جاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراز بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر مشترک قنات تنسد ہو جائے تو مرارہ میں پانی اور لمحات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبیحی حالت میں کل حجم کا ۹ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا، اور اب اُن میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ اکہرب یا تلف ہو جائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکائیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہو جاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداءً صفرا اثناعشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں تسع ہو جائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام دہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض لبلبہ)۔



الف۔ مراءہ نگاری۔ طبعی مراءہ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈیو لنڈسے لاک نے لی ہے)



ب۔ مراءہ نگاری۔ مراءہ میں صنفی سنگ موجود ہیں۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

وظیفہ امتحان

مرارہ نگاری (cholecystography) - طریقہ گرام (Graham's method)

کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes) جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں، جوئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفراء کے اندر افزا ہوتا ہے اور یہ خضابات صفراء کے ساتھ مزارہ میں چلے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ صفراء اس خضاب کے مزارہ کے اندر مرکب ہو جاتا ہے (لیکن قناتوں میں مرکب نہیں ہوتا) لہذا اشعاع نگاشت لی جاسکتی ہے۔ پھر ایک شیمی غذا دیکر مزارہ کے وظیفہ تخلی کا امتحان کیا جاسکتا ہے، چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے (صفحات ۳۱ اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈو فینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein) موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی مقداروں میں ۴۰ سی سی عقیقہ آب کشیدہ کے اندر حل کر کے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر شرب کر دی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو نو اریسٹو نینز)۔ (۱) شراب سے چوبیس گھنٹے پہلے لمٹھی کا سفوف (liquorice powder) دے کر ماری خطے کا صفحہ لے لیا گیا تھا۔ دن بھر شیمی غذائیں دی جاتی ہیں، لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت بلا غذا دئے، اشعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اشعاع شری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعین بیریم کی غذا کے ذریعہ کر لی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شیمی غذا لے کر اس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجہ بالا شراب سے بعض اوقات متلی قے، جھنجھٹا ہٹ اور قشریرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس سے بچنے کیلئے اب عموماً اس دوا (۱/۲۴ گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کراٹین غلافی کیسے بنا کر براہ دہن دئے جاتے ہیں، لیکن اس صورت میں ان کا اسجذاب کم یقینی ہوتا ہے۔

مزارہ کے سایہ کی غیر موجودگی مزاری قناتہ کی مسدودی کے باعث، یا

اس واقعہ کے سبب سے ہو سکتی ہے کہ مرارہ سنگھائے صفرا سے پورا بھرا ہوا ہے۔
خفیف سا سایہ خضاب کا ارتکاز نہ ہونے کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جو التهاب مرارہ
پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگھائے صفرا
بھی، یا تو کیلیسیم کے لمحات کی وجہ سے زیادہ گہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں، یا کالڈیرین
کی وجہ سے منفی سائیوں کے طور پر، کیونکہ کالڈیرین ان شعاؤں کے لئے
شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب وجوار کی بالیدوں، کیسیہ وغیرہ
کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملوث ہو۔

اشناعشری میں ادخال اُنوبہ (duodenal intubation) این ہارن
(Einhorn) کے اشناعشری اُنوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید
طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اس سے التهاب مرارہ اور سنگھائے صفرا کی
موجودگی کی تفریق نہ ہوگی۔ فائوکلش معدے کے اندر ایک اُنوبہ داخل کرنے
کے بعد، اور معدہ کو بہ احتیاط آپ عقیم سے دھو کر، مریض بائیں کروٹ پر
لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُنوبہ اشناعشری کے اندر داخل ہو جائے، جو اس
واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ اُنوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگ دار
سیال حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفرا آلود اور لیمس کے لئے قہرلی یا قلوئی
ہوتا ہے۔ اشناعشری کو عقیم آپ کشیدہ سے دھو ڈالنے کے بعد اشناعشری کے
اندر میگنیم سلفیٹ کے ۲۵ تا ۵۰ فی صدی محلول کے ۱۰ تا ۳۰ سی سی کا شراب
کر دیا جاتا ہے۔ صفرا کا بہ کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کر لیا
جاتا ہے۔ کالڈیرین کی قلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلالت
ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصبیہ قولونی (B. coli) کی موجودگی ظاہر ہو،
مگر یہ چنداں مہینہ نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جس میں معدی
رس کا ترشہ بہت کم ہو گیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں
مرارہ کی غیر طبعی نخلی کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (83)۔ (صفراوی شقیقہ "biliary"
"migraine")=

صفر اوی آلہ کے امراض

التهاب مرارہ

(cholecystitis)

التهاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ تحت الحاد یا مزمن سرایت ہے جو نبقات سنجیہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علیحدہ کیے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک محمولہ خون سرایت ہو۔ لیکن التهاب مرارہ ہمیشہ التهاب غلاف قناتہ صفر (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو اس امر کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لٹھانی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التهاب مرارہ عموماً التهاب اندہ و دوبہ (appendicitis) اور ہضمی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرایت وریڈالباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفرانہ نبقات سنجیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفرانہ عموماً عقیم ہوتا ہے۔ التهاب کی ایک ابتدائی شکل جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، نام نہاد اسٹرا بلیری مرارہ (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل سپید دانے خلات سے ابھرے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ خرد بین سے یہ دانے کالیسٹروین کے جماؤ دکھائی دیتے ہیں جو غشاء مخاطی کی سطحی تہ کے نیچے ہوتے ہیں، یعنی مرارے کی کالیسٹروینیت (cholestrosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفرانہ کی کالیسٹرال (cholesterol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لدے ہوئے حلیمات مرارے کے اندر چھڑ جاتے ہیں اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکز بن جائیں جن کے گرد متعدد شہتوت نما سنگریزے بن جاتے ہیں۔ یہ

نگریزے بعض اوقات اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ اسی واسطے التهاب مرارہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب ہے، اور یہ سنگہائے صفرا التهاب مرارہ کی ۶۵ فی صدی اصابتوں میں علیہ کے وقت پائے گئے ہیں۔ بقی سبھی سرایت کے مابعد نسبتاً کچھ دیوار مرارہ کی وبارت اور انقباض ہیں اور گرد و پیش کے حصوں کے ساتھ انفصامات بھی ہو جاتے ہیں۔ علاوہ سنگہائے صفرا کی موجودگی کے سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التهاب لبلبہ جگر کی کہبت اور قلب عضلہ مفصلات رداول اور گردوں پر بعد سبھی اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اور ایک مزمن طور پر التهاب زدہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات غائب ہو گئے ہیں (82)۔

حاذانہ لیتی یا قیمی التهاب مرارہ (مرارہ کا دہیلہ = empyema) ایک تصدوی التهاب مرارہ ہے جو عموماً معمولی عصیہ قولونی کے باعث ہو جاتا ہے۔ لیکن عصیہ محرقیہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویہ بھی پائے گئے ہیں۔ یہ مغز و سنگ ریزوں، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارہ کی دیواریں سخت ملٹتے ہیں، اذیمائی، اور ریم سے در ریمتہ ہو جاتی ہیں (فلغمونی التهاب مرارہ = phlegmonous cholecystitis) اور اس سے بھی زیادہ تشبیہ شکل میں دیواریں سیاہ سبز، نرم، بھجھری اور کم و بیش وسیع چلتیوں میں اغشاء پذیر ہو جاتی ہیں (گنگرینیسی التهاب مرارہ = gangrenous cholecystitis)۔ یہ التهاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے۔

405

علامات - بقی سبھی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التهاب مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التهاب مرارہ کی اصابتوں کی اکثریت بالآخر سنگہائے صفرا میں منتہی ہوتی ہے، انھیں سنگہائے صفرا کی ابتدائی علامت سمجھا جاتا ہے۔ یہ علامات یہ ہیں :- سورہضم، یعنی متلی، سوزش سینہ اور سرخی تکلیف اور خاص کر رنجیت۔ مستمر درد اور دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اور دائیں عظم الکف کے خطے میں دباؤ سے الیمیت بھی ہوتی ہے۔ سورہضم اثنا عشری

قرحہ سے مشابہ ہو سکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔
 گیا رہوئیں اور بارہویں دائیں پسلیوں اور آسفل ظہری فقرات کو دبائے سے عموماً
 درد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیچیدگیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات
 پیدا ہو سکتی ہیں، یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بے قاعدگیاں اور ذبحہ صدریہ، نیز
 ثیمت نما التهاب، مفاصل، التهاب، یعنی اور مرض برائٹ کے علامات۔

حادثہ صفراوی التهاب مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور
 اس کے ساتھ مرارے کے خطے میں موٹاپا یا دوری درد ہوتا ہے، اور عضلہ
 مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی الیمیت اور استواری محسوس ہوتی ہے۔ مثلی
 عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید قشریہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور یرقان
 تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدہ شش پر آمارات بالخصوص حمیز
 ہوتے ہیں، یعنی ٹنگ کی کمی، تکتکات، اور پلپورائی رگڑ۔ وایاں ڈایا فرام غیر متحرک
 ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متعدد مرارہ ایک متعین رسولی بناوے، یعنی
 اصابتوں میں پسیدہ خلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص۔ التهاب مرارہ بلا شکہ صفرا کی موجودگی کے مرکز ایک
 غیر عام حالت نہیں، اور اس کی تشخیص اس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں
 ضلعی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سوہضم موجود ہو، اور جبکہ
 یہ احتیاط امتحان سے اثناعشری قرحہ اور التهاب زائد وہ وہ کو خارج از بحث
 کر دیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی ”طبی“ تسکین جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی
 ہے، تشخیص میں مفید ہو سکتی ہے۔

انذار۔ حینہ اصابتیں طبی معالجہ سے شفا یاب ہو جاتی ہیں۔

علاج۔ طبی علاج بالخصوص مرارہ کی سختی میں سہولت پیدا کرنے
 پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی تسکین عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیم سلفیٹ
 براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اس قدر کارگر نہیں ہوتا۔ شحمی غذا میں اور
 بالخصوص روغن زیتون، آٹا ۲ اونس، ون میں کئی بار (84) کبھی منفست بخش ہیں۔
 جگر اور مرارے کے خطے میں پولٹیس اور خلائی اعطیہ لگانے سے التهاب میں تخفیف

ہو سکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیم سیلی سیٹ۔ ۲۰۔ ۲۰ گریں دن میں تین بار دیکر یا رات کے وقت ہیکز امین (hexamine) (۲۰ گریں سے شروع کر کے ۶۰ یا ۸۰ تک بڑھا کر) دے کر کیا جاسکتا ہے۔ ہیکز امین کے ہمراہ کافی قلی، مثلاً ۶۰ گریں پوٹاشیم سائٹریٹ دی جاتی ہے، تاکہ بول قلوئی ہو جائے اور بولی خطے کی خراشیں ہیکز امین سے واقع نہ ہو، [کیونکہ ہیکز امین ترشی محلول کے اندر ٹوٹ کر فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (64) ہیرڈ گیٹ وشی اور کارلنر باڈ کے پانی خاص طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید امصابوں میں مرارہ بڑی مناسب، اور اگر تھیں موجود ہو تو عملیہ کی ضرورت ہے۔

سنگھائے صفرا

(gall stones)

(حصبائیت صفرا = cholelithiasis)

حصبائیت صفراویہ (biliary calculi) یا سنگھائے صفرا مرارے کے اندر یا نہایت مشافہ امصابوں میں جگر میں صفراوی قناتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔ جسامت میں وہ محض ایک سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیضوی تو دو تک مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں ۱/۲ تا ۱/۴ انچ تاپ کے ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں کم و بیش کعب ہوتے ہیں، اور جب کئی سنگ باہم متماس رہے ہوں تو وہ دو ایک پیش کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہو سکتے ہیں۔ سب سے بڑے سنگ بیضوی شکل ہوتے ہیں، اور یہ شکل اس وقت پیدا ہوگی کہ وہ مرارہ کے سارے کھنڈ کو پر کرتے ہوں۔ سنگھائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزاء کالسیئم، صبغہ صفرا، پروٹین اور کالسیئم کے لمحات ہیں، اور یہ صبغہ صفرا بشیر کالسیئم کے ساتھ باہمی روہن کالسیئم (bilirubin-calcium) کی شکل میں منروج ہوتا ہے۔ وہ سنگ جو خاص کر صبغہ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں، چھوٹے سیاہ اور خستہ ہوتے ہیں۔ دوسروں میں صبغہ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے، اور ان کے گرد کالسیئم کی قلموں کی تہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے تشعشع ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ سخت ہوتے ہیں، اور ان کا رنگ نسبتاً شاحب ہوتا ہے۔ نرم سنگ جو

بالخصوص کیلیئم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اُس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ صفراوی قناتہ متسد و ہو۔ کیلیئم کاربونیٹ کے سخت، سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ سنگھائے صفراء سن رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ عموماً پیشے اور بسیار خوری، بالخصوص کالیسٹرین شامل رکھنے والی غذائیں اسباب متعدّدہ ہیں اور شاید حمل اور تپا حرقہ بھی۔

امراضیات۔ یہ رائے پہلے بیان کی گئی ہے کہ سنگھائے صفراء کا ادلی سبب التهاب مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مادہ غریب ایک نواتہ کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو سنگھائے صفراء بن جاتے ہیں خواہ صفراء عقیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ ۱۸۷۱ء کی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں اور ممکن ہے کہ پوشیدہ رہیں (81) اگرچہ ان کی موجودگی التهاب مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہر کیف ممکن ہے کہ التهاب کی وجہ سے مرارے میں خراش ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اُس کے کہف سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغرور ہو جائیں۔ اس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز ششج (قولنج صفراوی = biliary colic) ہوتا ہے جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا ہے۔ انغراز کی حالت میں صفراء مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا، اور مرارہ محتاط یا غلطی ریئم یا ریئم سے پر ہو کر متسد ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ مشترک قنات میں داخل ہو جاتا ہے اور یہاں بھی قولنج صفراوی پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفراء کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغرور ہو تو تسدّی یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انغراز عام طور پر انتفاخ و آئیلر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے، جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ یہ تسد و مندرجہ ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث جو صفرا سے ممتد ہو جاتی ہیں پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں یکساں طور پر تسع ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بڑے قاعدگی کے ساتھ تسع ہو کر گلو بچی ڈویرے بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کیقدر دباؤ ڈال کر اُسے مذبول کر دیتی ہیں، چنانچہ بالآخر جگر نسبتاً چھوٹا اور کیقدر پلپلا ہو جاتا ہے۔ یقینی التهاب قنات ہائے صفرا واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ انغراز ننگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ ممتد ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تا وقتیکہ مرارے میں بھی میزماں طور پر حصاء التهاب موجود نہ ہو، کیونکہ مزمن التهاب تو مرارے کی لیفیت پیدا کر کے اُسے سُکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب ننگ صفرا، انتفاخ و اٹیر میں مضبوطی کے ساتھ مثبت ہو جاتا ہے تو بنقر اسی قنات جو یہاں کھلتی ہے، اُس کے تعلقات اہمیت رکھتے ہیں، اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً متدد ہو جائے گی اور بنقر اسی رس کا احتساب ہو جائے گا۔ خرد عضویہ قنات صفرا کی دیواروں میں سے باسانی گذر کر بنقر اس میں پہنچ جائیں گئے اور مجبوس افرازاات کے ساتھ حاد یا مزمن التهاب بنقر اس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

ننگ صفرا کا مرارے کی دیوار کو متفرج کر کے براہ راست اثنا عشری یا قولون متعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا ننگ صفرا ہی ہوتا ہے، جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے، اور اگر یہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لفافہ کی کے زیریں حصے میں مغز ہو جائے، یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سینی (sigmoid) یا مبرز کے قریب تسد کی وجہ سے کم و بیش درو اور وقت پیدا ہونے کے بعد براہ مہرذ خارج ہو جائے۔ شاذ صورتوں میں ایک بڑا ننگ قے سے بھی خارج ہوا ہے۔

مرارے کے اندر سنگھائے صفرا کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفراوی قناتوں کا مدھان ہے، اور یہ حصاء صفرا کی تقریباً

۵۰ فی صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربتہ یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر گینی پگ کے مرارے میں سنگھائے صفر اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو مرنجیٹل پیدا ہو کر سلطان پیدا ہو جاتا ہے (85)۔

علامات - یہ ممکن ہے کہ سنگھائے صفر سالہا سال تک مرارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات سخت الحاد اور مزمن التهاب مرارہ کے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ساتھ جو التهاب مرارہ ہوتا ہے اس کے پیدا کردہ سوہضم کو عموماً سنگ صفر کا سوہضم (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگھائے صفر دیوار شکم میں سے محسوس کئے جاسکتے ہیں اور انہیں ہاتھ لگانے سے چپکنے کا احساس ہوتا ہے۔ تولنج صفرادی کے حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں مرق اور سینہ کے زیریں حصے میں یا شراسیف اور زیریں قصبے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے اور یہ عموماً دائیں شانے تک تشعع ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہو جاتا ہے، یا فرش یا بستر پر پیچ و تاب کھانے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ قشریرہ ہو، اور مریض کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے، وہ مہسوط ہوتا ہے اور ساتھ ہی کثرت پسینہ آکر نبض ضعیف اور عموماً سریع ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد و جیسا اور ستم ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حاد قسم کا تازہ حملہ ہو۔ یا درد جاری رہتا ہے اور اس کے آغاز کے چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صبنہ صفر نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثناعشری کے اندر چلا جائے اور ایسی صورت میں صفر کا سیلان پھر آزدی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، درد رفع ہو جاتا ہے اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہو جاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفر کو برا میں تلاش کرنا چاہئے، جو اس وقت ملتا ہے جب کہ براز کو بانی میں دھو کر اس دھوون کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشترک قنات میں مغرور ہو جائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں، لیکن سب سے زیادہ شبلی علامتہ "چارکاس" متوالی تولنج قشریرات یرقان اور نقصان وزن ہے۔ چونکہ سنگھائے صفر کے ساتھ

بالعموم التهاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہوتے۔
تشخیص۔ قولنج صفراوی کا دردِ معدہ، معمولی قولنج، کلوی قولنج وغیرہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگھمائے صفرا کے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے اُن اصابتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انفرز کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے تدد سے پیدا شدہ یرقان کی اصابتوں میں اگر مرارہ محسوس نہ کیا جاسکے تو تدد و سنگھمائے صفرا کے باعث ہے۔ اگر ایک ڈیسیلا موجود ہو تو تدد غالباً کسی دوسرے سبب سے ہے، جو عموماً ایک بالید ہوتی ہے (قانون کورواٹز میئر = Courvoisier's law)۔
 مزاولت میں یہ تقریباً ۹ فی صدی اصابتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگھمائے صفرا لاشعاعوں کے سدراہ ہونے میں اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹرین کے سنگھمائے صفرا لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں یعنی مرارہ نگاشت میں ایک صاف رقبہ (صفحہ ۳۲ ج)۔ بائلی روبین اور کیلیئم کے لمحات موجود ہوتے ہیں تو وہ لاشعاعوں کے گذر میں سدراہ ہوتے ہیں (صفحہ ۳۱)۔ ایک نہایت ممیز منظر گول عمتت ہے جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف تر تہ محصور کرتی ہے۔ اثناعشری میں انبوبہ کے ادخال (duodenal intubation) سے کام لینا چاہئے۔

انذار۔ قولنج کے پہلے حملے میں انداز کا ناموافق ہونا ضروری نہیں بہت اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہئے۔

علاج۔ التهاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہئے۔

قولنج صفراوی کے حملہ کے لئے مریض کو گرم منسل میں رکھنا چاہئے، یا گرم تھمکیدات اور پولٹیس دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مارفیا کے ۱/۱۶ گریں کے تحت المجدہ اشراب سے حاصل ہوگا جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استنشاق سے عارضی



الف۔ شعاع نگاشت انتصابی وضع میں تاکہ مشقوبہ بعضی قرصہ کی اصابت میں بچر اور دائیں وایا فرام کے درمیان گیسس کی موجودگی کھانی جائے۔ (لیوس ہم کے شفا خانہ میں لی گئی۔ میڈیکل سپر فٹنٹ ڈاکٹر بیج۔ ناکولڈس)



ب۔ مرادہ نگاری۔ کولسٹرال کے سگوں کے قریب "منفی" سایے۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈ سے لاکر، نے لی ہے)

آرام ہو سکتا ہے۔ پیپاویرین ہائڈروکلورائیڈ (papaverine hydrochloride) (۱/۱۰ تا ۱/۲۰ اگر دین) بھی براہ دہن آزمائی جائے۔

جب سنگھائے صفراء مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب پیچیدگیوں کا خطرہ ہو تو مرارہ برآری (cholecystectomy) کا عمل کر کے سنگ یا سنگھائے صفراء کو مرارے یا قناتوں سے نکال لینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مرارے کا استیصال کر دینا مناسب ہو۔

تقیحی التهاب قنات باصفرا

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد عضویوں، مثلاً بنقات سبجیہ، بنقات عنیبیہ، بنقات رلویہ، عصبہ محرقہ، اور عصبیہ قولونی معمولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور مقامی مرض جیسے کہ سنگھائے صفراء سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے)، سرطان سے، کیستی دویرے کے قناتوں کے اندر بچھٹ جانے سے، یا انفلوئنزا، ذات الریہ، تب محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سراپتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سائے جگر کی صفراوی قناتوں کا ورم اور دباؤت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ قناتیں تنگ ہو جاتی ہیں، تقیح کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں جو چھوٹے یا بڑے پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التهاب بنقراسی قنات تک پھیل کر تقیحی التهاب بنقراسل پیدا کر دے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی التهاب باریطون پیدا کر دیں۔ کبھی کبھی سرایت ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی تقیح الدم یا ساری التهاب وروں قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

علامات یہ ہوتے ہیں :- جگر پر درد اور الیمیت، عدم اشتہا، متلی تھکے، قشریہ، تب، جو لمبیر یا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انبطاح، اور اکثر یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تب کہتے ہیں۔ عموماً مرض کی ترقی کے ساتھ جگر کی جاست بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بڑھ جائے۔ مرض کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

تشخیص - ملاحظہ ہو تیسری التہاب وریڈا الباب -
علاج - یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے - جہاں ممکن ہو مرارے کو کھول کر یا
جو قناتیں مل سکیں ان کو کھول کر قنات ہائے صفراء کی تسبیل کرنی چاہئے۔

بنقراس کا امتحان

بنقراس میں دو مختلف طرز کے افزائی خلیات ہوتے ہیں :- (۱)
عُنْدِی خلیے جو بنقراسی رس کا افزا کرتے ہیں اور (۲) جزائمر لنگرھانس
کے خلیے جو ایک ہارمون کا افزا کرتے ہیں جو کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے لئے
ضروری ہوتا ہے - یہ دونوں اقسام الگ الگ مبتلائے مرض ہو سکتے ہیں -
تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرست ہضم کے دوران میں صفرا
اور بنقراسی رس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے :- غذائی سکون کے زمانہ
کے دوران میں جگر مسلسل صفرا کا افسرا کرتا ہے جو مرارے کے اندر مذخور کر لیا
جاتا ہے - کھانے کے بعد معدے کے بوابی عضلہ عاصرہ سے انقباض کی امواج
دوبارہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں - انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی
موج ارتخار (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے چنانچہ
آڈی (Oddi) کے مرغی عضلہ عاصرہ کی راہ سے کچھ صفرا خارج ہو جاتا ہے - یہ
صفرا معدے سے آئے ہوئے مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے اور وہ اُسے
ایک ایسا کافی تعامل دے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے لمحات صفرا کا
انقباض یقینی ہو جاتا ہے - یہ لمحات صفرا خلیات میں سے ہو کر گزرنے میں
اُن کے اندر کی سابق التکوین سیکریٹین (secretin) کو جذب کر کے بانی خون
کے اندر چلے جاتے ہیں - یہ سیکریٹین لبلبہ سے افزا پیدا کرتی ہے اور آزاد
شدہ صفراوی ملح جگر میں منتقل ہو جاتا ہے جس سے صفرا کی ایک مزید مقدار کا
افزا پیدا ہوتا ہے - سیکریٹین مزید برآں مرارے کو ایک دیر یا انقباض کی
حالت میں لے آتی ہے لہذا اثنا عشری میں اور زیادہ صفرا داخل ہوتا ہے -

سیکریٹین کا پیدا کردہ بنقراسی افراز صحیح pH کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مرقق محلول ہوتا ہے، جو سابق السکونین نمبروں کو دھوڑا کرتا ہے۔ خمیروں کی پیدائش کے لئے مختلف ہیجان کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر سٹرپٹونوجن کی فعال شدگی اینٹیروکائینس (enterokinase)، سپید خلیوں جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (۱) عینی غلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے، یا (ب) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لیوی کا موسع حلقہ کاشفہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے) اور جھوٹی گائٹر کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حقائق چشم مساوی ہیں اور معمولی تعامل کرتی ہیں، آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینین (adrenin) (۰.۰۰۱ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دوبارہ مکرر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینین یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہو گئی ہے تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت - شحم برازی (steatorrhea) کو اب تک بنقراسی مرض کی ایک مجیز ترین آمارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مایع شحم خارج ہوتی ہے، جو سرد ہونے پر منجھ ہو کر سپید یا زرد وٹیلے بنا دیتی ہے۔ پانچ خانے مقدار میں زیادہ، نرم یا ساحب ہوتے ہیں۔ اور ان میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شحمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پانچ خانے صر سکا تبدیل شدہ نظر نہ آئیں ممکن ہے کہ خردبین سے ان میں کثیر المقدار شحمی گلوبچے

اور شحمی ترشوں کی قلبیں نظر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے نہ صرف براز کے اندر کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذائیں لی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵۰ تا ۶۰ فی صدی شحمی در آمد برازی میں ضائع ہو جاتی ہے۔ طبی شحمی نقصان صرف تقریباً ۱۰ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ سے زیادہ حصہ نہیں ہوتی، اور اس میں سے $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ سے زیادہ حصہ گلسرین اور شحمی ترشہ میں مشقوق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسی الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :- (۱) وہ نہایت عام طور پر اس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے جب کہ شکمی تدرن یا بالید سے لبنیات تند ہو گئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک مشقوق ہوتی ہے۔ (۲) اس امر کی شہادت پیش ہو رہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی رس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا معاد میں صفرا کی موجودگی۔ فی الحقیقت بنقراسی قنائوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر پڑنا نہیں معلوم ہوتا (74)۔ پیدا شدہ شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے اور اسہال، شکمی مرض (coeliac disease) اور معدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہو جاتی ہے، اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhoea) ٹریپسین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر منہضمہ مخلوط عضلہ کے کثیر التعداد ریشے جو غذا میں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں، خرد بین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ وافر اسہال میں بھی لحم برازی ہو جاتی ہے، چنانچہ اس معاملہ کو رفع کرنے کے لئے لحمی غذا کے ساتھ چار کول یعنی کوئلہ لیا جاتا ہے، اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ ادخال غذا کے بعد اٹھارہ تا بیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (87)۔

بول میں ڈایاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹہ کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 468)۔ کیمج، فارسیٹھ (Forsyth) اور ہاؤڈ (Howard) کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی فطری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُس سے بنقراس کے اندرونی افراز کی قلت کو اُس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے مستمتی ذرائع حاصل ہو جائیں۔ اُن کا خیال ہے کہ جگر میں ایک نشا پاشش خمیر موجود ہوتا ہے جو گلاٹکوجن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹریں (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں سے گذرتا ہوا ڈیکسٹروس بنادیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اس خمیر کی فعالیت کو روکے رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے تو سب سے پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈیکسٹریں خارج ہوتے ہیں) ان ڈیکسٹریں کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دسویں شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی ہے۔ اس کے ایک نسبتاً بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹریں پورے طور پر ٹوٹ کر ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر و دسویت اور شکر بولیت پیدا ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹریں غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری حالت ذیابیطس شکر میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹریں کی مقدار کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ اُن کی آب پاشیدگی عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی تخمینہ کی گئی۔ اس مقدار میں اور ڈیکسٹروس کی اُس مقدار میں کہ جو ابتدائی خون کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدر فرق ہے، اس سے ڈیکسٹروس کی وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹریں کی وجہ سے تھا۔ بول کے ٹٹے بھی یہی طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جاسکتا ہے جس میں آیوڈین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمینہ اصلی تعامل کیمج کی بجائے ہیں جو کہ غیر معتبر ہے۔

امراض بنقراس

حاد التهاب بنقراس

(acute pancreatitis)

امراضیات - تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التهاب بنقراس، اصابتوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے، جو ٹریپسینوجن (trypsinogen) کو ٹریپسین (trypsin) میں متغیر کر کے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مرضی غدے کے ممیز مناظر، فعال بنقراسی رس سے اس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ فریبی سے حاد التهاب بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التهاب عموماً سنگھائے صفرا یا التهاب مرارہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التهاب بنقراس میں سنگ صفرا کا انتقال و آئیر میں مغزو پایا جانا بہت عام نہیں اور جب یہ حالت انفراز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قنات ورسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو مسدود کرتا اور صفرا کو اور بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتقال کے مقام پر مغزو ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ وار رکھو پیدا کر دیں اور مست لازم سرایت جو صفراوی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ قویج صفراوی کے متواتر خفیف حملوں کی روئداد کا حاصل ہونا بالکل عام ہے، جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التهاب بنقراس سرایت کے دوسرے متصل مرکروں سے شروع ہو سکتا ہے، جیسے کہ اثناعشری قرحہ اور التهاب قنات ہائے صفراء سے اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض جیسے کہ تپ محرقہ، تقيج الدم اور عفونت الدم نیز کاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غدہ ریقیہ کی باہمی مشابہت ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

غالی نہیں۔

حادثہ نرخی التهاب بنقراس (acute hæmorrhagic pancreatitis)

میں بنقراس متورم اور خستہ ہو جاتا ہے اور اس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ تک نقطہ ہوتا ہے، اور ساتھ ہی سطح پر اور سخت کی بافت میں نزقات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون بذریعہ وعاء بدری متصلہ ساختوں میں چلا جائے، یا کہ قہقہہ باریطونی کے اندر خون آلود سیال موجود ہو۔ خروین سے بنقراس کی سختی بافت تختی پائی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً التهاب بھی ہوتا ہے، جیسا کہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی درریش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بنقراسی رس سے انہضام ہونے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ شعبہ سختی ہمیشہ ایک نمایاں منظر ہوتا ہے۔ بنقراس میں اور متصلہ تحت الباریطونی شحم میں بعض اوقات گردکلوئی واسطی اور گرد قلبی شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں ماند زرد یا غیر شفاف سپید رنگ کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں، جو متصلہ تندرست چربی سے واضح طور پر متفرق، اور بعض اوقات ایک تنگ نرخی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ بنقراسی افراز کے شحم پاشنہ (لائپیس = lipase) کے اس عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ٹرٹے کیلیم کے اساس کے ساتھ شریک ہو جاتے ہیں اور گلیسرین جذب ہو جاتی ہے۔

ایک نسبتاً بعد کے درجے میں، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو قیتی التهاب بنقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس بڑا متورم اور پیپ سے درختہ ہوتا ہے۔ یا اس میں جدا جدا چھوٹے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک آدھ چھوٹا کہقہہ باریطونی کے اندر یا معدے یا آنت کے اندر چھوٹ پڑے، بانی اور طحالی اور وہ کی علقیت اور سرایت بھی واقع ہو سکتی ہے اور ساتھ ہی جگر میں سرخی چھوٹا بھی ہو سکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی عصیہ قولونی اور ریم سار عصفویہ پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں ممکن ہے کہ سادہ التهاب باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہو جائے۔

علامات۔ جب التهاب بنقراس نکاف کے دوران میں واقع ہوتا ہے تو

تھے اور شراسیفی درد کے ساتھ شراسیفی خطے میں درم اور المیت موجود ہوتی ہے۔ نسبتاً زیادہ شدید نرفی التهاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں شدید بلکہ جاں گذار درد ہے، جو پھیل کر کپشت تک پہنچتا ہے۔ وہ مشقوب بعضی طرح کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے اور اکثر مارفیا سے رفع نہیں ہوتا۔ تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی، کیونکہ سیال کی رافع عفونت نوعیت کے باعث عموماً عمومی التهاب باریطون نہیں ہوتا۔ شاید پروٹین پاش اشیار کے انجذاب کی وجہ سے صدمہ جس کے ساتھ زراق ہوتا ہے، جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے۔ اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود المقام الیم ورم نمودار ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس حالت کو عمومی تشدو (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض سے شکم چاک کر دیا گیا ہے۔ یہ اصابتیں عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلکت ثابت ہوتی ہیں، لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شکافی کے بعد شفا یاب ہو گئیں۔ تفتیحی التهاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مماثل، لیکن نسبتاً کم نمایاں اور کم حاد ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی مہینوں تک جاری رہے۔ صلحہ صرف مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے، اور یہ تاجہ باریطونی صغیر میں سیال کے اجتماع کے باعث ہوتا ہے۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی ٹلیوں کے فٹل سے منسوب کی جاسکیں، لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں کی گئی۔ شکر بولیت اور بولی ڈایاٹیس کی زیادتی سے تشخیص میں قیمتی امداد ملے گی۔ بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شکافی کا عملیہ فوراً انجام دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی مستفاد ہی ہو۔ مثلاً ایک نرفی ضرر کی حالت میں بنقراس میں شکاف دے کر، اور نرف کو بندش کے ذریعہ روک کر تسخیل قائم کر دی گئی۔ تفتیحی التهاب بنقراس کی حالت میں چھوٹے میں شکاف دینا اور تسخیل کرنا قطعاً ضروری امور ہیں۔ عملیہ کوئی بھی ہو اس میں مرارہ

اور مشترک قنات صفرا کے امتحان التهاب مرارہ اور سنگ مرارہ کے لئے کر کے مرارہ کی تسکین کر دینی چاہئے۔

مزمن التهاب بنقراس

(chronic pancreatitis)

یہ رشتگی بافت کو متاثر کر کے بہت لمبی بالیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجہً معدی ساختوں کا ذبول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگہ میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التهاب بنقراس میں بھی لمبی جال غشیات کے بڑے گروہوں کو محصور کرے (بین لختکی = interlobular)، یا نسبتاً بہت زیادہ شاذ طور پر منفرد غشیات کو محصور کرے (بین غشیی = ioteracinar)۔ عموماً اس عضو کا سب سے زیادہ موقوف ہوتا ہے۔ جرم نہایت کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتاً قلیل الوقوع بین غشیی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کلانی واقع ہو جائے۔ مزمن التهاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہ حاد التهاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متصلہ التهابات جیسے کہ باریطون کے، قنات صفرا کے، معدے اور آنتوں کے التهاب، مثلاً التهاب زائڈہ و دودید کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویہ اوپر کو بنقراسی قنات میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا مجبوس بنقراسی افرازات کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضبوط ہو جانے سے یا مرض قلب سے وریدی امتلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید تشنگ سے اور الکحل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگھماے صفرا مزمن التهاب بنقراس کا ایک عام سبب ہیں بالخصوص اس وقت جب کہ ایک سنگ استخاخ وائیرین، یا مشترک قنات میں واقع ہو، یا جب ان کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ تھقی التهاب قنات نامے صفرا پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی تسد اور ہر اسیت کی ان مثالوں میں سے بیشتریں بین لختکی شکل کا مزمن التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ ملاحظہ الشرائین (arterio-sclerosis) بھی

مزمن بنقراسی التهاب کا ایک سبب ہے، جو اس صورت میں عموماً بین عینی قسم کا ہوتا ہے۔

مصرعی تشمریح۔ بین لاشکی شکل میں بنقراس کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اس میں لینی بافت کے چوڑے بند تختکوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں، ان رقبوں میں سے بعض تو منکسر غدی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصنون بافت کے۔ بالعموم جزائر لنکر بافت غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین عینی شکل میں عقیبات مذبول ہو جاتے ہیں اور جزائر لنکر بافت اکثر اوقات لٹرنا خلیوں کی درزیش سے اور صلابت سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

412

مزمن التهاب بنقراس کی یہ ہر دو شکلیں چربی کے بڑے حصے (شحہ سلحیت = lipomatosis) سے پیچیدہ ہو سکتی ہیں، بالخصوص ان اشخاص میں جن کو فریبہ کی شکایت ہو۔

علامات۔ راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۴ سالہ شخص تھا، جسے بالکل اثنا عشری قریب سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اس کا معدہ چھوٹا اور مستعرض تھا، جو بے سرعت خالی ہو جاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوہ تھا اور نہ تھنی خون موجود تھا۔ مشتبہ بنگھائے صفراء کے لئے جراحی علیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراء خلیہ وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوئے، یا سوہ ہضم کے بہم سے علامات ہوتے ہیں، یا مکن ہے کہ بخول کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں مکن ہے کہ بنقراس کا منورم سر مشترک صفراء قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضبوط کر دے اور اس طرح تسدی یرقان پیدا کر دے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ غلبہ کر دیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک سخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التهاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التهاب بنقراس کے باعث ذیابیطس شکاری پیدا ہو جاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین عینی شکل سے پیدا

ہوتا ہے، جس میں بالخصوص جزائر لنگر بانس متضرر ہوتے ہیں۔ بین لخت کی شکل سے
ذیابیطس شکر کی صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ انحطاطی
عمل ان جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ لختوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

علاج۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التهاب کو صفراوی اور
بنقراسی قناتوں کی، اور معدی معوی عتائے مخاطی کی اختلاالی حالتوں سے منسوب
کیا جاسکتا ہے، لہذا ان اولی اختلالات کے علاج کے طرف سب سے پہلے توجہ کرنا
چاہئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اخراج سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت
ہوگی، اور آخر الذکر حالت میں موزوں غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔
ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرارے میں سے اطالت پذیر تسبیل
کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہو گئی ہے۔

سنگ ہائے بنقراس

(pancreatic calculi)

ان کا وقوع اوجھڑ عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہرگز عام نہیں ہیں۔
یہ قناتوں کی نازلت سے اور افزائش میں تاخیر ہو جانے سے منسوب کئے جاسکتے ہیں،
اور کیلیسیم کاربونیٹ اور کیلیسیم فاسفیٹ پر اور بعض اوقات کیلیسیم آگزیلیٹ پر
مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے، یا اتنے بڑے کہ ہیزل نٹ
(hazel-nut) کے برابر اور عموماً گول یا بیضوی، اور کبھی ناہموار یا شاخ دار ہو سکتے
ہیں۔ رنگ میں یہ سپید یا زرد یا مائل سپید، بعض اوقات بھورے یا تقریباً سیاہ
ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اس کی شاخوں کو مدود کر دیتے ہیں اور
قناتوں کا اتساع، احتباسی دوبرے، حاد التهاب معہ تقيح یا مزمن تصلب کے،
بلکہ گرد و پیش کے حصوں تک میں التهاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ شاذ ہی علامات
پیدا کرتے ہیں، الا یہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً
اس التهاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا دویروں کے بننے سے، یا غدے کے
ذبول یا کہبت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص، شائع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پاتھانوں کا امتحان کر کے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی علیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوتی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

بنقراس کے نمویہ اور دُورے

سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اولی ہوتا ہے، بنقراس کا اہم ترین سلعہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گریبی سخت سلعہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محسوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گریبکیں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسد ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک دُورہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التهاب کے پھیلنے سے مشترک صفراوی قنات مسدود ہو جاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ حقیقت ادھیڑ اور مَسن اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اثنا عشری، باریطون، نفراست، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کر دے۔ علامات مزمن التهاب بنقراس کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نخول عموماً نمایاں ہو جاتا ہے۔

بنقراسی دُورے (pancreatic cysts)۔ یہ بیشتر اوقات بنقراس

413

کی دم اور جسم میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔ یہ قنات ورسنگ کے تسد کی وجہ سے (جو سنگ سے پیدا ہو جائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دُورے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے دُورے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نزفی التهاب بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دُورے (pseudo-cysts) نمویاب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سیال کا انسکاب ہے، اس خراش اور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جو التهاب بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دُورہ شکم کے بالائی حصے میں خطر دہیاتی

یا اُس کے ایک طرف، ایک گلو بچہ نما رسولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون متعرض کے نیچے ابھر آئے اور ایک بیضی دَورے سے مشابہ ہو، گو نیچے سے جس کرنے پر یہ اوپر کے طرف وٹکیلا جاسکتا ہو۔ یہ محدے اور قولون متعرض کے درمیان یا جگر اور محدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اس کے تعلقات کی تعیین لاشاعوں سے (غیر شفاف غذا کے بعد) یا کھوکھلے احشا کے نفوخ کے بعد قرع کے ذریعہ سے کی جاسکتی ہے۔ بنقراسی سلمہ اکثر گہرے شہیق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ دُایا فرام سے متماس ہے تو ممکن ہے کہ وہ ۱/۲ یا ۳/۴ اینچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کاسیال مکدر، بھورے یا سبزی مائل رنگ کا، قلوئی اور البیومیینی ہوتا ہے اور اُس کی کثافت نوعی ۱۰ تا ۲۰ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دُموی لون اور مختلف بنقراسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ سحول اور بعض اوقات درد یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اور ام جن کا اس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے، یہ ہیں:-
دوسرے کسی عضو کا کیستی دَورہ، استقار الکلیہ (hydronephrosis) محد والمقام التهاب باریطون اور بیضی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور شہیق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک لٹالی یا قلوئی سلمہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہئے۔ بنقراس کے پیدا نشی دَورے اور کیستی دَورے شاذ ہی ہوا کرتے ہیں۔

علاج۔ بنقراسی دَوریوں کا علاج اکثر شکاف اور تسبیل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے تدارک میں نسبتہ کم آسانی ہوتی ہے، اور اُن کا علاج یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سلمہ کا استیصال ناممکن ہو تو مزارہ شکافی اور مراری معوی تغیر سے کچھ آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔

امراض باریطون

حاد التهاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب - حاد التهاب باریطون معمولہ خون سرایت سے ہو سکتا ہے، یعنی بنقی ریوی التهاب باریطون اور نہایت سزا و صورتوں میں بنقی سببی التهاب باریطون۔ اکثر الوقوع سبب شکمی اختار کا کوئی ضرر ہوتا ہے، جیسے کہ مشقوب، ہضمی قرد، لٹا کٹی کے مشقوب محرقی یا تدرنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اجوری زائدہ کا التهاب اور اغشاش، جگر کے بھوڑے، مرارے کا قتیق، حاد معوی تسمد و معہ تخنیق کے، طحیل کا انفعام اور خراج، وہ کثیر التعداد التهابی ضررات جو عورتوں کے حوضی اعضا کو موقوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنی التهاب الرحم (metritis) التهاب نزو رحمہ (parametritis)، التهاب بیض، التهاب انبوبرفلوی (salpingitis)، حوضی موی قیلہ (pelvic haematocoele) اور بعض اوقات وہ سرایت جو التهاب حوض الکلیہ (pyelonephritis) گرد کلوی التهاب (perinephritis)، خراج خصری (psoas abscess)، حاد ذات الجنب یا قتیق الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن قتیق الصدر کا التهاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا قتیق الصدر پیدا کرنا۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں کہفہ شکمی کے اندر مایعات، جیسے کہ غذا، براز، یا پیسپ کے اخراج سے اور ان کے ساتھ ساری خرد عصبویہ منتقل ہو جانے سے التهاب باریطون شروع ہو جاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے انشقاب کی حالت میں اور التهاب زائدہ دودھ میں اور بھوڑوں کے پھٹ جانے میں ہی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التهاب مصلیٰ تہ تک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عصبویہ بافتوں کے اندر بلا کوئی بن افشاق پیدا ہوئے داخل ہو جاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد خواہ یہ تضرر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کارروائی میں پیدا ہو جائیں، التهاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرض بڑا سٹ، خواہ یہ حادثہ ہو یا مزمن، التهاب باریطون کا سبب معدہ ہو جاتا ہے۔

جرثومیات - التهاب باریطون پیدا کرنے والے خرد و عضویے یہ ہوتے ہیں :- عموماً معمولی عصبیہ قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں امعاء سے سرایت پہنچے جیسے کہ التهاب زائمدہ دوویہ یا انتقاب معاریں، یا جب صفراوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبقہ اسجید اور نبقہ عنبیہ التهاب باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضاء کے ضررات سے یا شکمی دیواروں سے ماخوذ ہو۔ نبقہ ریو یہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التهاب اولی ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ نبقی ریوی عفونت الدم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کمتر پائے جاتے ہیں یہ ہیں :-

عصبیہ محرقیہ (B. Typhosus)، عصبیہ ریم ازرق (B. pycocyaneus)، گیس آفریں لکیس عصبیہ (B. lactis aerogenes)، خرد نبقہ چہارزا (Micrococcus

tetragenes) اور خرد نبقہ سوزاک - ایمپیا سے قولونی ایڈیابی زحیر میں پایا گیا ہے کبھی کبھی عصبیہ ذریعہ حادثہ التهاب پیدا کر دیتا ہے لیکن بہت زیادہ عام طور پر وہ ایک مزمن سٹم کا التهاب پیدا کرتا ہے۔

مرضی تشریح - باریطون میں جو کثیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ اُن تغیرات

سے ماثل ہیں جو التهاب پلیوراکی حالت میں پلیورائیں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے پہل

عروقیات کی زیادتی کی وجہ سے سرخی ہوتی ہے، اور اگر کہفہ شکم کا امتحان اس ابتدائی

درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ امعاء کی سرخی آنسک کے طول میں

اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطحیں ملتی ہیں،

یعنی آنت کے دو چٹھے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین چٹھے۔ اس مقام پر

دوسری جگہ کے نسبت دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے یہیں واقع

ہوتے ہیں اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو تراشش میں شکلی

ہوتی ہے۔ یہ ارتشاح منہج ہو کر ایک زرد پٹری بنا جاؤ پیدا کر دیتا ہے، جسے

اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن تھو حور اصل فائیرین او سپرینڈیلیوں پر

مشعل ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار مگر رستیاں بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہو جاتا ہے، جیسا کہ بعض ضربی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے، جن میں اعطارہ گھٹنوں سے بھی کم میں زرد و سف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبت کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اس ارتشاح کی جگہ لینی یافت لے لیتی ہے (تعضیہ)۔ اور ان انفصامات سے جو اس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشا باہم جڑ جاتے ہیں، یا باریطونی کہنہ مطبوس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید خلیوں کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے، یا وہ ابتداء ہی سے کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور انتہائی حاصلاتاً تماریری ہوتے ہیں۔ یہ اکثر یہ سرعت مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التهاب باریطون (acute circumscribed peritonitis) یا باریطونی خراج (peritoneal abscess)، ساریت کے محدود المقام ہوجانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ زائد ہی خراج (appendix abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض قطنی خلوں اور حرقفی حفروں میں ہوتے ہیں، یا ڈایا فرام کے نیچے (زیر ڈایا فرامی خراج = subphrenic abscess) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں کا باہر کے طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشا میں سے کسی ایک کے اندر کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذات الجنب یا ذات الریہ پیدا کر دیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرعہ کے انتساب کے بعد معدے یا آنتوں کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ حاد عمومی التهاب باریطون درد کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتداءً ایک مقام پر محدود ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہو جاتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی حرکت، کھانسنے، کانکھنے یا تھکے ہونے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ دبانے سے اس کو تسکین نہیں ہوتی، بلکہ اس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں ایسیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سارے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے، اور تنفس بالکل صدری ہوتا ہے، اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ڈھیلی نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم امارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھینچی ہوئی ہوتی ہیں، تاکہ جدار شکم تنفّس نہ پائے، اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع، اور تپش مُرتفع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے، گو نبض سریع ہوتی ہے، اور اسے سخت سہرایت کی امارت سمجھنا چاہیے، کیونکہ شرح نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجہ تپش ہے۔ قاعدہ ہے کہ قے جلد ہی شروع ہو جاتی ہے، اور بار بار ہوتی ہے، یا تو خود بخود دیا غذا لینے کی کوششوں کے بعد قے میں پہلے معدی مافیہزہ اور بعد میں صفرا خسایج ہوتا ہے، اور اس کے بعد قے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتدائی میں قشریہ ہوتا ہے، لیکن بہت جلد ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوتا ہے، اس کا چہرہ سُکڑا ہوا ہوتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر اُن میں گڑھے پڑ جاتے ہیں، چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے، اور زبان خشک اور فروزا، اور نبض سریع و صغیر ہوتی ہے۔ اعصاب کے عضلی طبقہ کے تشلل اور اُن کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح گمک دار ہوتی ہے، لیکن اگر زیادہ سیال منکب ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر یا کبھی کبھی سارے شکم پر اضمیت پیدا ہو جائے۔ یہ جگہ ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار پاخانہ ہو یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہو جائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خارج ہو یا جمبوس ہو جائے۔

415

مشقوب ہضمی قرحہ کی اصابتوں میں ابتداء میں عمومی استواری شکم اور صدمہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ چہرہ مشوش اور ازرق ہوتا ہے، جواج کھنڈے اور خم ہوتے ہیں، تپش تحت الطبعی اور نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حاوالہ تہاب باریطون کے متاخر امارات نمودار ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس

کہنے باریطونی کے اندر خارج ہو کر وسیع گمگ، بلکہ مایع کے ساتھ آمیز ہو کر چپکاؤ پیدا کر دے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعابداری کی شناخت بعض اوقات اس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہو کر طبعی کبدی اضمیت کے بجائے گمگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ احشائے اندر سے کوئی گیس خارج ہوئے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ ان احشائے زیادہ گیس کی تمدد سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہو جائے۔

قے اور درد کی وجہ سے مریض تدریج خستہ ہو جاتا ہے، زبان نسبتاً زیادہ خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، لبوں اور زبان پر وسخ جمع جاتی ہے۔ نبض صغیر تر اور سر مربع تر ہو جاتی ہے، پھیپھڑوں کے قاعدے مضبوط ہو جاتے ہیں، اور دوسرے چھ دونوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اصابت میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام متمیز و مخصوص امارات ملیں۔ بعض اصابتوں میں بخار نہیں ہوتا، دوسری اصابتوں میں تمدد و محض خفیف سا ہوتا ہے، کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل منبسط پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

نبتی ریوی التهاب باریطون میں جو عموماً نبتی ریوی عفونتہ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے، درد اور الیمیت شکم، اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو، مگر زیادہ اکثر دیوار شکم ڈھیلی ہوتی ہے۔ سستی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، جن کے ساتھ تپش بلند درجہ پر اور ہدیان ہوتا ہے، اور شرح تنفس زیادہ ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شفوی نملہ موجود ہو یا نبتی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ، پھیپھڑوں، جوڑوں، وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے، اور یہ اس خاص خطے میں ایک ورم منور ہوئے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حاد محل و دال مقام التهاب باریطون میں عام علامات زیادہ تر مماثل ہوتے ہیں، لیکن متعاقب حالات کم و بیش ماؤف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اس کا عام ترین سبب التهاب زائدہ کی حالت میں اشتقاق کا وقوع

ہے اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

تشخیص - عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی؛ شدید درد، الیمیت، قے، استواری اور دوران تنفس میں شکم کی حرکت ناپذیری جس کے بعد تمدد کا ہونا اور قبض، نبض صغیر و سریع، اور ہبوط یا یکسب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد، مشقوق انورسما، مساریقی علقیت (mesenteric thrombosis) اور خاوندزنی التهاب بنفقر اس بھی التهاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتے ہیں۔ خود التهاب باریطون کو غلطی سے معوی تندرست سمجھا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تپ معویہ میں اور دیوار ہائے شکم پر جراحی عملیات، مثلاً مفتق شگافی (herniotomy) کے بعد التهاب باریطون شروع ہو جائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو بلاکت واقع ہو جائے۔ قولنج (colic) اور ہسٹیریائی درد کو التهاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی بلکہ دبانے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیریائی درد میں محض ذرا ہی چھونے سے اور بلا دبانے انتہائی حساسیت موجود ہوتی ہے۔ بے محل حل (ectopic gestation) کا انشقاق درد اور ہبوط پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے مہقرحہ کا اشتباہ سمجھ لیا جائے۔ اس میں قے اور بے قاعدگی حیض کی روئے مدلل سکتی ہے۔ کثرت نرف کے باعث ہونٹوں کا رنگ سپید ہوتا ہے شکم کی الیمیت اور دم ہوتا ہے اور بعض اوقات آزادیتال موجود ہوتا ہے مگر حقیقی استواری نہیں ہوتی اور حوضی اور مستقیم امتحان سے ایک تناؤ وار ڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیوشہام شفا خانے (Lewisham Hospital) میں مشقوب مضمی قرحے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ متعل ہے۔ انتصابی وضع میں ایک لاشعاعی فلم جس میں کہنہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایا فرام کے درمیان ایک صاف رقیہ ہو آؤ اذگیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا ہملک قوا، اشتعابی التهاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتا ہے۔ یہ قوا کبھی کبھی دفعۃً شروع ہو جاتا ہے اور اس میں شدید درد شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خبطی ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع الہوا سے اور بول میں زیادہ ایسیٹو ایسٹک، ایسڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہئے۔

416

جہاں تک کہ التهاب باریطون کی تفریقی تشخیص کا تعلق ہے، مابقی سرگزشت کے اندر سبب مرض کی جستجو کرنی چاہئے۔ جہاں شدید حادثہ التهاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے تندرست سمجھا گیا تھا، اعوری زائدہ کا تفریح، مشق و محنت، اور حوضی اعضا کے ضررات اس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔ سن بلوغ کے پہلے اور قریب قریب، اعوری زائدہ کا تفریح و ونو صنفوں میں زیادہ ممکن ہے۔ حوضی ضررات تقریباً بلا استثناء عورتوں میں ہوتے ہیں، اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فرجی ہبلی التهاب (vulvo-vaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہئے جو بنی سوز کی التهاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے اولی بنی ریوی التهاب باریطون کے متمیز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

انذار۔ عمومی التهاب باریطون ایک نہایت ہلکے مرض ہے۔ اغلب نتیجہ کا اندازہ نبض کی نوعیت، تپ کے جاری رہنے، ہبوط کی مقدار اور التهاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جاسکتا ہے۔ شدید اصابتوں کے متعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جاسکتی ہے۔ جب چند روز گزر جائیں تو زیادہ ابید ہوتی ہے، لیکن ان اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں ممکن ہے کہ پیچھے اجتماعات ظاہر ہوں، اور مصرحہ بالا طریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔ بنی ریوی اور بنی سوز کی شکلیں نسبتاً اسید افزا ہوتی ہیں۔

علاج۔ التهاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں اور بالخصوص ان اصابتوں میں جو ایک معدی، اشتنا عشری، یا محرقی قرعے کے اشتعال یا اعوری زائدہ کے اغماش یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شفا یابی کا امکان صرف اسی وقت ہوتا ہے جب کہ ان کا علاج بلا تاخیر متعدی کے ساتھ حستراحی طریقوں سے کیا جائے۔ شکم کو کھول کر تبیی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسخیل کرنا چاہئے۔ اس التهاب باریطون میں جو نسٹم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً بنی ریوی التهاب باریطون میں تا وقتیکہ پھوڑا نہ بن جائے،

جراحی عملیہ نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ عملیہ سے اولی مرکز مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض عملیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں یہ سلا اصول علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے۔ اس مرض کیلئے مریض کو قدرتا بستر میں لیٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستقیماً حقنوں کے ذریعہ سے دینی چاہئے جن میں ۶ فی صدی ڈیکسٹروس ہو۔ اور مسہلات سے سختی کے ساتھ احترا لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چٹائے جائیں، لیکن منہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا مورفیا (morphia) کا استعمال نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ان کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے عملیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اسی کی گرم پوٹشوں یا گرم پانی میں بھگا کر سچوڑے ہوئے فلائین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پرتارپین یا مروخ لفساح (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو، مقامی طور پر آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ہر فانی رفادات یا فلائین کی تھوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن ان سے عموماً اُسنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لافساح سے ہوتا ہے۔ ہیپجیات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دینے کی بہترین شکل براڈی ہے جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو صندوق ویش مصل (anti-Welch serum) کا اثراب کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

ذیچڑایا فراعی خراج (subphrenic abscess) باریطون میں یا ڈایا فراہم کے نیچے فی خلوی بافت میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر لوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:— (۱) دایاں اگلادروں، باریطونی خراج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں لہنتہ کے اوپر اور رابط منجی شکل (falciform ligament) کے دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کے طرف پھیل جاتی ہے۔

اس کے عام ترین اسباب التهاب زائدہ وودئہ مشقوب اثنا عشری قرحات، اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا دروں باریطونی خراج - (left anterior intra-peritoneal abscess) جو خاص کر مشقوب معدی قرحے کی وجہ سے ہوتا ہے، جگر کے بائیں نچے کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) جگر کے اوپر اور پیچھے کی خلوی بافت میں واقع ہوتا ہے، اور جگر و دائیں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues) اور صدر کے التهاب سے شروع ہوتا ہے۔ بائیں جانب کو زیر ڈایا فراجمی خلوی بافت بہت کم ہوتی ہے، چنانچہ یہاں کا التهاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ تاچہ باریطونی صغیر کا تقيج، جو مشقوب معدی قرحے سے پیدا ہو جاتا ہے، اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا تقيج (91)۔ زیر ڈایا فراجمی خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت درد ہے۔ جموی احتمال کے ان عمومی علامات کے علاوہ جو تقيج کی وجہ سے ہوتے ہیں، دوسرے اہم امارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعیین مقام میں مدد ملتی ہے، یعنی ایک شکمی درم جو شہیق پر نیچے نہیں ہٹتا، جس جانب پھوڑا ہے اس جانب پر صدری دیوار کا اجمار اور ساختہ ہی عمیق الیمیت۔ تنناظر شش کے قاعدے پر اعمیت کی موجودگی اور اصوات تنفس، صوتی گنگ اور لسی صوتی حقیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تنناظر ڈایا فرام اور اٹھا ہوا اور حرکت نایزیر ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو، جیسا کہ اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشاء کے انشقاب سے پیدا ہو گیا ہو، تو قطبی سر قدری تنفس، فلزی جھکار اور جرسی آواز کے وقوع کے سبب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی کچو کا عمل میں لائے کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم جس دوا کے زیر اثر کیا جائے اور اگر نتیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے کلیہ کے ذریعہ اس کو سفیل عمل میں لانی چاہئے۔

مزمن التهاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حادثہ التهاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اس کی مقامی شکلوں میں۔ یہ اکثر مخصوص اعضا کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا طحال ایک دبیز کیس سے محصور ہو جائیں (گرد کبدی التهاب = perihepatitis، گرد طحالی التهاب = perisplenitis)۔ کبھی شکم کے اندر تھڑن اور سرطان کی بالیدگی مزمن التهاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر سکتی ہیں جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مرض براؤنٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التهاب باریطون کی ایک دوسری شکل اشتراک کے درمیان انفصامات اور بند (adhesions and bands) ہیں، جو حادثہ التهاب یا مزمن التهاب سے پیدا ہو کر کبھی کبھی حاد معوی تھڑ (acute intestinal obstruction) پیدا کر دیتے ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ معوی رکود (intestinal stasis) اور غذائی قسم الدم (alimentary toxæmia) کے تعلق میں ان انفصامات کو بہت اہمیت دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلادیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نوعمر افراد کے دیگر اشخاص کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور کبدی عوجہ کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جنینی زندگی تک میں طحالی اور کبدی عوجات میں ایک انفصامی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ انفصامی کو حوضی حفرہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت کے باغیہا کے بہاؤ کو روکنے کا ان کا عمل بے سمتہ یا بیرٹم کی غذا کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ ازیں جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تو آنتوں کے گچھا بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے۔ ورنہ علامات وہی ہوتے ہیں جو اتلی مرض میں ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ محض مزمن التهاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اولی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور اندازہ اور علاج کا انحصار اسی پر ہے (نمیز)

ملاحظہ ہو استسقاء شکمی)۔

تدرنی التهاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدرنی التهاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نوعمر بالغوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر سل یوی (pulmonary phthisis) آنت کے تدرنی تقرح، جُبنی ماساریتی غدو، اور حوضی اعضاء (مثلاً غلوئی انبوبات یا خصیتین اور منوی ٹویصلات) کے امراض کے بعد تباہی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حادث عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عصبیات درنیہ معوی دیوار میں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی صرزدہ ہو۔

امراضیات۔ تدرنی التهاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں: (۱) استسقائی شکمی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھوٹے سپیدی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر ابھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ ذرے دایا فرام کی تختانی سطح پر اور کونکلوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عیار ارتشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقدار میں کمی یا منٹ ہو، اور شکم کی کلائی اتنی ہی زیادہ ہو جتنی کہ وہ کہبت (cirrhosis) کے یا مرض قلب کے استسقاء شکمی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصاباتوں میں یہ مائع مصلی مچی یا مچی ہوتا ہے۔ (۲) انضامی (adhesive)، فائبرینی (fibrinous) یا تکوینی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عیار ارتشاح مقدار میں نسبت بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لچھوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جم جاتی ہے۔ تقضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لچھے باہم چپاں ہو جاتے ہیں اور باریطونی کہفہ مٹوس ہو جاتا ہے۔ نسبتہ بعد کے درجوں میں سخت ایفی یافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ درسنے بالکل ظاہر یا واضح نہ ہوں۔ (۳) جُبنی قسم

(caseous type) میں ڈبڑے ہو کر اور کہیں کہیں متحد ہو کر زرد جینی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر شرب کبیر میں واقع ہوتا ہے جو سکر کر شکم میں عرضاً ایک گلمہ نما تودہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تفرج واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منصفہ آنتیں ان قروں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری کے اندر کھل جائیں اور اس طرح قنال غذائی کے قدرتی عمر کا پتہ چلا نا نامکن ہو جائے۔ ممکن ہے کہ انقباض واقع ہو کر حا و عمومی التهاب باریطون پیدا کر دے، یا کہفہ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیپ کے اجتماعات ہو جائیں جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ یا ساریقی غد و اکثر جینی جوتے ہیں اور جب یہ بڑے اور جس پذیر ڈھیلے بنا دیتے ہیں تو اس قسم کو اکثر (۴) ہزال ما ساس ریکا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ماساریقی غد کا اولی نذران ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں باریطون ثانوی طور پر باؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غد متبہج ہو کر باہر یا کہفہ باریطونی کے اندر پھوٹ پڑیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ اصابتیں ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں اور مہر مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

علامات - علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں اور اصابت ہر لحاظ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہو جانے والا حاد التهاب باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور ڈبلا ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ جھوک کم ہو جاتی ہے اور باخانے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر بستہ اور غیر منہضم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استقنا شکمی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انقباضی قسم میں شکم متورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ جینی قسم میں اور ہزال ماساریقا میں سخت گول گول تودے ہوتے ہیں جن کے خانے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلعہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں اور یہ شاید ایک جانب پر اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کہ بقنا دوسری

جانب پر یہ سطح پرنا ہوا یا گرہ کی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات تدرنی در ریش کے متعلق تو دسے بندوں کی طرح شکم پر عرضاً دوڑتے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح شرب جو دبیز ہو جاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک متعوض بند بنا دیتا ہے اور مطموس مریطاً (urachus) کے گرد کی بافت ناف کے نیچے ایک انتصابی بند بنا دیتی ہے۔ کبھی کبھی لیبی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہو جانے والے انقباض کے باعث شکم باز کشیدہ ہوتا ہے۔ لمفائی غدو کا تدرن جس کے ساتھ عروق لمفائیہ کا تسد ہو، شکم برازی پیدا کر دیتا ہے۔

انتخنیص - متدد شکم جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں سپیلیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُجھار اور بین الاضلاع فضاؤں کا اندر وخصن جانا ناظر ہو، ترقی یافتہ تدرنی التهاب باریطون کا تمیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر واضح وریدیں نظر آئیں اور کسی قدر الیمینٹ بھی ہوتی ہے۔ آغور کا تدرن اور التهاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے یا شکلی مرض (abdominal Hodgkin's disease) کی صابت سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ حادثہیں حمیات معویہ میں سے کسی ایک تب سے مشابہ ہو سکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں جن کے ممیز خصائص دبلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں اور جو سِل معوی ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جاسکتی ہیں۔ یہ تدرنی التهاب باریطون اور شکلی لمفائی غدو کا تدرن (celiac disease) اور ساوہ سووہضم معہ اسپال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدو حاصل ہو سکتی ہے۔ تدرنی التهاب باریطون میں انضمامات کی وجہ سے غیر شفاف غذا اچھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کر سکتی ہے درآخالیکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاحمت کے لمفائی کے اختتام میں سے ہو کر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ در ریختہ شرب غلطی سے بڑھے ہوئے جگر کا زیریں حصہ سمجھ لیا جائے، لیکن اُس کے اوپر معدے کی گمگ اس غلط فہمی میں مبتلا نہ ہونے دے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہو سکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نوجوانوں میں سادہ استسقا و شکمی، جس کی توجہ دوسرے طور پر نہ ہو سکے، تدریجی ہو سکتا ہے، لیکن اسے کبدی کبھت (hepatic cirrhosis) کے استسقا و شکمی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، جو بعض اوقات درحقیقت اس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے بیضی دویرہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی عملیہ سے اسکی تخلیط ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے مایع کا امتحان ایک گینی پگ کے اندر تطعیم کر کے کیا جاسکتا ہے، یا میو برکیولین استعمال کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

انذار۔ یہ دوسرے بہت سے تدریجی ضررات کے انذار کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا، بظاہر بالکل شفا یاب ہو گئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مایع جذب ہو گیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں تصلب دہ ریش، یا انفما می گیموں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہو گئے ہیں۔

419

علاج۔ بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اس کے ساتھ تازہ ہوا بھی شامل کر دینا چاہئے، جیسا کہ سل ریوی کے صحت کا ہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاج شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدریجی التهاب باریطون کی، بلکہ لمفائی غدود ہڈیوں اور مفاصل کے تدریجی کی غیر جموی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کر کے اوپر کے طرف جاتے ہوئے منکشف جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہو جائے۔ نہ کوڑھکا ہوا رکھا جاتا ہے۔ امہق اور ایسے اشخاص جو صنف پیدا کر کے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاج شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈ لیور آیل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور غذا زود ہضم ہونی چاہئے۔ شکم پر یار سے کامریم (mercurial ointment) لگانا ایک پُرانا طریقہ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جاسکتی ہے، لیکن شکم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کئے جاسکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہئے۔

باریطونی انصبابات اور مافیہا

(peritoneal effusions and contents)

کہفہ باریطونی کے اندر مائع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ (۱) وہ مصلیٰ، مصلیٰ فائبرینی اور ربی مائعات جو التهاب، یا باریطونی التهاب سے پیدا ہو جاتے ہیں یخلیث التهاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis)، یا عمومی التهاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) یا کونکاٹو (Concato) کا مرض کے نام اس حالت کو دئے گئے ہیں جن میں چار بڑی مصلیٰ اغشیہ یعنی تار مور، پلیورا اور باریطون میں سے دو یا زائد اغشیہ میں بیک وقت التهابات پیدا ہو جائیں۔ یہ تلازم تدریجی، یقینی سچی اور بنتی ریوی سرایت، اور حاد ریٹیمٹ (acute rheumatism) میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کو پیکٹ (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مایعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی، قلبی یا کلوئی استسقا میں ہوتا ہے، اور وہ کیلوسی یا کیلوسٹی شکل مایعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مایعات جو عروق یا دوسری متصلہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ (۱) کہفہ باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انورسما کے انشقاق، نزفی التهاب باریطون، ماسا ریقی غدو کی سدادیت یا علقتیت، سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق، حاج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ (ب) ممکن ہے کہ جگر کے کیستی دوبرے کے انشقاق کے دوران میں، اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفر باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متعجب کیستی دوبرہ مشقوق ہو کر اپنے مافیہا کو باریطون کے اندر خارج کر دے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پیپ اور (۴) کھوکھلے شکلی اختار میں سے کسی کے مافیہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہفہ باریطونی کے اندر چلے جائیں مثلاً معدے، آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مافیہا۔

باریطون میں فو بالیدیں

باریطون میں ایک عام ترین بالید سرطان ہے جو احشاء بالخصوص معدہ اور بیض کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چھٹے ستدر مطروحات کی شکل میں ہوتا ہے جو سطح شکم کو ڈھانک لیتے ہیں اور درنہ کی طرح یہ بھی ڈایا فرام پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس طرح شرب بھی دبیز اور در ریختہ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطانی گرہیں سارے شکم پر ہو جائیں۔ چند اصابتوں میں کولائڈی سرطان (colloid carcinoma) ہو سکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التهاب باریطون carcinomatous peritonitis) اور اکثر اوقات اس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے جس سے انصباب کا رنگ بھورا، بھورا سرخ، بلکہ سرخ ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں اور بن ران کے غدود اسی بالید سے در ریختہ ہو سکتے ہیں۔ کولائڈی سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلحہ باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تمیز کرنا چاہئے۔ جب کوئی عضو مثلاً زائیدہ دودیہ جو نازلتی التهاب سے ماؤف ہو پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاط باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بناوے جنہیں اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

مرض نجیث کی ایک دوسری شکل لحمی سلحہ ہے۔ یہ خلف الباریطونی، بامتوں، شرب، ماساریقا، یا رباط متعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الباریطونی مخاطی لحمی سلحہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیا بنا سکتا، علامات۔ پہلے بیان کئے ہوئے مزمن التهاب باریطون کے علامات کے علاوہ ان کا انحصار اولی بالید کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے اور علاج کا انتشار یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف ہو اور جب سیال بہت زیادہ ہو تو اسے عارضی طور پر نکال دیا جائے یا متعدد معام کیلئے جراحی عملیہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عمیق الاشعاعی علاج کا لحمی سلحہ پر مفید اثر پڑے۔

والہیات

REFERENCES

- 1 A. Rendle Short .. 1925 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 254.
- 2 A. Bulleid .. 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 116.
- 3 C. B. Henry .. 1930 *Lancet*, ii., p. 35.
1925 *British Dental Journ.*, Dec. 9th, p. 60.
- 4 H. Lloyd Williams ..
- 5 R. D. Paterson; *Journ., Laryng.*, pp. 285.
A. Brown Kelly .. 289.
- 6 P. P. Vinson .. 1922 *Minnesota Medicine*, p. 107.
- 7 W. W. Payne and E. P. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 65, Poulton .. p. 53.
- 8 G. W. Rake .. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, p. 145.
- 9 G. W. Rake .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 141.
- 10 G. L. Scott .. 1922 *Lancet*, ii., p. 988.
- 11 A. E. Barclay .. 1922 *Lancet*, ii., p. 261
- 12 J. M. H. Campbell and 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74,
- 13 Bolton and Goodhart . p. 354.
J. J. Conybeare .. 1922 *Lancet*, i., p. 420.
- 14 Baird, Campbell and 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, Hern .. p. 23.
- 15 H. D. Rolleston .. 1896 *Trans. Path. Soc.*, 47, p. 37.
- 16 A. F. Hurst .. 1914 *Quart. Journ. Med.*, 8, p. 300.
- 17 T. L. Hardy .. 1929 *Lancet*, i., p. 711.
- 18 H. Maclean and 1928 *Journ. Physiol.*, 65, p. W. Griffiths .. 63.
- 19 Morell Roberts .. 1930-31 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 133.
- 20 Campbell, Mitchell, 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, Powell . p. 279.
- 21 A. F. Hurst (Goulstonian Lectures) 1911 *The Sensibility of the Alimentary Canal. Oxf. Med Publications*

- 22 { W. W. Payne & E. P. 1927 *Journ. Physiol.*, 63, p.
Poulton ... 217.
E. P. Poulton .. 1928 *Lancet*, ii., pp. 1223, 1277.
- 23 W. W. Payne and E. P. 1928 *Journ. Physiol.* 65, p.
Poulton ... 157.
- 24 Meunier (L'état dys- 1924 Masson et Cie., Paris.
peptique) ..
- 25 Sir B. Bruce-Porter . 1924 *Lancet*, ii., p. 495.
1922 *Quart. Journ. Med.*, 15,
p. 144.
- 26 P. C. Conran ..
- 27 D. P. D. Wilkie .. 1928 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 481.
- 28 D. P. D. Wilkie .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 1219.
- 29 D. P. D. Wilkie .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p.
771.
- 30 D. C. M. Ettles .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77,
p. 216.
- 31 K. Faber .. 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
- 32 J. Sherren .. 1924 *Lancet*, i., p. 477.
- 33 K. Faber .. 1922 *Lancet*, i., p. 65.
- 34 A. E. Barclay .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1272.
- 35 A. E. Barclay .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1322.
- 36 A. Bruce Maclean .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 1055.
- 37 M. J. Stewart .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, Nov.
24th and Dec. 1st.
- 38 J. W. McNee .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15,
p. 215.
- 39 T. G. Bonar .. 1924 *Lancet*, ii., p. 261.
- 40 A. F. Hurst, R. P. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76,
Rowlands, etc. .. p. 156.
- 41 E. C. Rosenow .. 1923 *Journ. Infect. Dis.*, 32,
p. 384.
- 42 A. F. Hurst .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p.
1074.
- 43 J. J. Conybeare .. 1922 *Guy's Hosp. Rep.*, 72, p.
174.
- 44 Sir B. Moynihan .. 1923 *Lancet*, i., p. 631.
- 45 E. I. Spriggs and O.A. 1922 *Lancet*, i., p. 725.
Marxer ..
- 46 J. Morley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 823.

- 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 579.
- 47 G. F. Still .. 1921 *Lancet*, ii., p. 891.
- 48 H. Tyrrell Gray and .. 1923 *Lancet*, ii., p. 275.
- 49 T. I. Bennett .. 1913 *Journ. Physiol.*, 47, p. 57.
- 50 A. F. Hurst and A. Newton .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, 1, p. 603.
- 51 T. I. Bennett, D. Hunter & J. M. Vaughan .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 857.
- 52 Discussion on Summer Diarrhoea .. 1923 *W. Collins, Sons & Co.*
- 53 G. Leighton (The Loch Maree Tragedy) .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 56.
- 54 W. M. Scott .. 1931 *Lancet*, ii., p. 925.
- 55 R. E. Smith .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 279.
- 56 T. K. Monro and W. W. N. Knox .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 410.
- 57 N. L. Lloyd .. 1924 *Lancet*, i., p. 121.
- 58 Z. Cope .. 1927 *Lancet*, i., p. 1067.
- 59 E. I. Spriggs and O. A. Marxer .. 1922 *Lancet*, i., p. 307.
- 60 H. Hartmann .. 1923 *Journ. Exp. Med.*, 37, p. 365.
- 61 R. L. Haden and T. C. Orr .. 1927 *Lancet*, i., p. 907.
- 62 B. W. Williams .. 1927 *Lancet*, ii., p. 317.
- 63 R. St. L. Brockman .. 1924 Heinemann, p. 123, etc.
- 64 A. F. Hurst (Essays, etc.) .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 1017, 1071.
- 65 J. W. McNee .. 1933 *Quart. Journ. Med.*, 2, p. 49.
- 66 P. H. Whitaker, T. B. Davie, and F. Murgatroid. .. 1927 *Medicine*, 6, p. 419.
- 67 Mann .. 1930 *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 47, p. 338.
- 68 A. R. Rich .. 1929 *Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.
- 69 D. R. Drury and P. D. McMaster .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1362.
- 70 J. C. Spence and P. C. Brett ..

- 71 Y. Akerran .. 1934 *Experimental Changes in Liver Function, Upsala.*
- 72 D. T. Davies .. 1927 *Lancet*, i., p. 380.
- 73 J. W. McNee .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 716, 783.
- 74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) .. 1924. Masson et Cie., Paris.
- 75 W. Morrell Roberts .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 734.
- 76 C. Newman (Goulstonian Lectures) .. 1933 *Lancet*, i., pp. 785, 842, 896.
- 77 G. A. Collinson and F. S. Fowweather.. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 108.
- 78 Sir H. Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.
- 79 C. H. Best .. 1934 *Lancet*, i., p. 1274.
- 80 Review on Syphilis .. 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 182.
- 81 P. Rous, P. D. McMaster and G. O. Broun 1923 *Lancet*, i., p. 449.
- 82 D. P. D. Wilkie .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 767.
- 83 T. C. Hunt .. 1933 *Lancet*, ii., p. 279.
- 84 B. B. V. Lyon .. 1920 *Amer. Journ. Med. Sci.*, 160, p. 515.
- 85 A. Leitch .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 451.
- 86 J. Mellanby .. 1926 *Lancet*, ii., p. 215.
- 87 R. Coope (Pancreatic Disease) .. 1927 London.
- 88 J. F. Brailsford .. 1926 *Proc. Roy. Soc. Med. (Elect. Therp. Sect.)* p. 41.
- 89 A. Rollier .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 741.
- 90 A. C. Hampson .. 1919 *Lancet*, i., p. 429.
- 91 H. L. Barnard .. 1910 *Contrib. to Abdominal Surgery*, p. 335.
- 92 A. F. Sladden .. 1922 *Lancet*, ii., p. 68.
- 93 H. C. Edwards .. 1925 *Lancet* ii p. 1161

خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

امتحان خون

عرصہ تروییب - یہ تخمینیں دھوٹی پیش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گیس کا سریری موی تروییب پیلا (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک ملاطینہ کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب تروییب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ حصن سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ تروییب تقریباً ۱۰ تا ۸۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۸۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی تروییب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیہ) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھراپوکائینس (thrombokinas) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوجیے ملزق ہو کر زائد پروتھراپمبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (۲)۔ یہ عاملات ایسے ہیں جن سے تروییب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں:۔

پیشاب (سمولی غذا دینے پر)	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)		
۱۰۰ گرام فی ۱۰۰ سی سی	۱۰۰ گرام فی ۱۰۰ سی سی	۶ تک	ایمینو ایسڈ نائٹروجن
۶	۶	۲۶۰ - ۳۰۰	کلورین
۴۰۰	۴۰۰	۱۲۰ - ۲۰۰	کولسٹرال
		۸۰ - ۱۰۰	ڈکسٹروس
		۳	غیر پروٹینی نائٹروجن
۱	۵۷	۴ تک	یورک ایسڈ

پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	سالم خون (بحالتِ فاقہ کشی)	
گرام ہر ۲۳ گھنٹہ میں ۳۰ - ۲۰	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی ۲۰۰۰	یوریا ۱۹ - ۳۲
		پلازما
۱۰ تک	۶۰۰	۳۵۲ - ۳۸۳ ۴۴۰۰ ۲۶۳۰ ۱۶۷ تا ۱ ۲ - ۴ - ۵
۰.۵۹	۹۰	۳ غیر نامیاتی فاسفورس
		مصل
۰.۱۳	۱۵ - ۱۴	۹۱۶
۰.۱۶	۶	۳۱۶
۴ تک	۲۵۰ - ۲۰۰	۱۹۱۵
۵ تک	۳۰۰	۳۳۵
		۵۳ - ۷۵ سی سی CO ₂
۲۶۳	۱۸۰	۵۵ - ۱۵۱
۰.۵۲	۱۵	۱ - ۵۱
۰.۵۲	۱۵	۱۶ - ۳۵۵

حاشیہ:-

خون میں ایونیا بالکل نہیں ہوتی۔ پیشاب میں ایونیا فی ٹائٹریشن بافینا اسیڈو ایڈڈ ٹائٹریجن سے بالعموم اگتا ہوتا ہے۔

423

عرصہ ادما (bleeding time) - ایک چمچن کا خون ایک جاؤب کاغذ سے بلا دباؤ ہر پاؤ یا ایک منٹ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں ادما ایک تا ۲ ۱/۲ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن مرض میں ممکن ہے کہ وہ تیس منٹ بلکہ کئی گھنٹوں تک اطالت پذیر ہو جائے۔

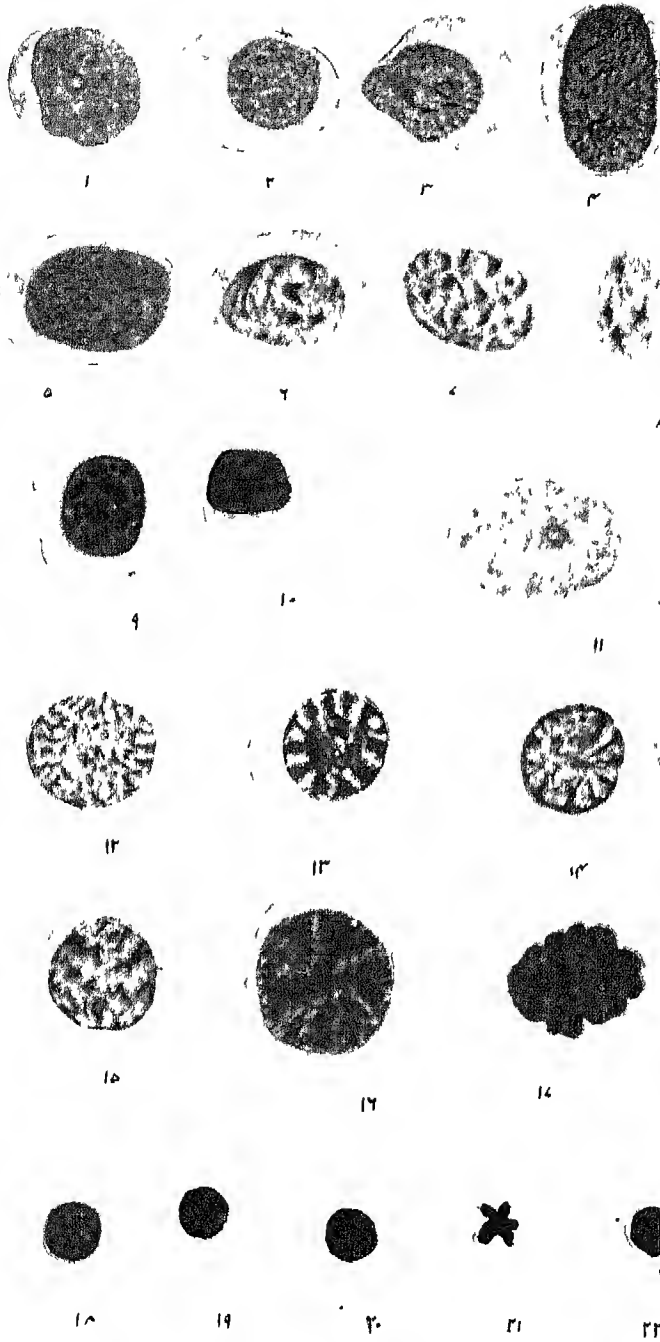
شرح تشفل (sedimentation rate) - ایک شیشہ کی نلی میں جس کا قطر کم از کم ۲ ملی میٹر ہو، آگزیلیٹڈ یا سائٹریٹڈ خون (oxalated or citrated blood) کھینچ کر اینٹی میٹر بلند عمود بنا لیا جاتا ہے۔ طبعی شرح کہ جس سے جیہات تہ نشیں ہو جاتے ہیں، ایسی ہوتی ہے کہ نلی کی چوٹی پر پلازما کا ایک صاف عمود باقی رہ جاتا ہے جس کی ناپ ۵ منٹ میں ۰.۴ سینٹی میٹر تک، ۳ منٹ میں ۰.۲ سینٹی میٹر اور ۶ منٹ میں ۰.۵ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ تخمینہ ایک محضن میں ۳۷ درجہ سینٹی گریڈ پر بہترین طور پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ ایک سریع شرح تشفل سرایت (مثلاً مرکزی عفونت) ظاہر کرتی ہے۔ لیکن عدم دمویت اور التهاب گردہ کو خارج از بحث کر لینا چاہیے۔

جیہات کی شکنائی (fragility of corpuscles) - بعض امراض میں سرخ جیہات کی شکنائی معمول کے نسبت زیادہ پائی گئی ہے، یہ الفاظ دیگر مرقق سیالات سے دم پاشیدگی ہو جانے میں جیہات یا گلوبولینے نسبتہ کم مزاحمت ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی تعین کے لئے چند کعب سنی میٹر خون کو آگزیلیٹ آف پوٹاسیم کے ہم تنشی محلول (پوٹاسیم آگزیلیٹ ۲۸ گرام، سوڈیم کلورائیڈ ۸ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ گرام) کے ساتھ ملا کر اس آمیزے کا امحاض کیا جاتا ہے اور پلازما کو منتقل کر لیا جاتا ہے اور جیہات کو سوڈیم کلورائیڈ کے ۹ فی صدی محلول میں دھو کر پھر ان کا امتحان سوڈیم کلورائیڈ کے مختلف قوتوں کے محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ دھلے ہوئے طبعی سرخ جیہات ۵۴ فی صدی سوڈیم کلورائیڈ میں خفیف دم پاشیدگی اور ۳۵ فی صدی محلول میں کامل دم پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں۔ اگر دم پاشیدگی زیادہ قوی محلولات کے ساتھ واقع ہو تو اس سے غیر معمولی طور پر بلند شکنائی ظاہر ہوتی ہے، جیسا کہ بے صفرا بولی یرقان میں ہوتا ہے۔

جیسات شمارہ یا دومی شمارہ یہ تھوما زیس (Thoma-Zeiss) یا برکر زیس (Bürker-Zeiss) کے دومی خلیہ یا (haemocytometer) سے عمل میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریک ہوتا ہے جس میں ایک ”خانہ“ بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی $\frac{1}{16}$ ملی میٹر ہوتی ہے اور چوڑائی میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ $\frac{1}{16}$ ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہ بند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالیچہ میں خون کی ترقیق ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک ایک صالح محلول (سوڈیم فاسفیٹ یا کلورائیڈ) سے کر لی جاتی ہے جو جیسات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریک پر کے ”خانے“ کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشہ محفوظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جیسات مربعوں کے اندر نہ نشیں ہو جاتے ہیں جن میں سے ہر مربع $\frac{1}{16}$ ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کئی گروہوں میں سرخ جیسات شمار کر لئے جاتے ہیں اور ان کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ سے (جو ترقیق ہے) اور ... ۴ سے (جو ہر چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے جس سے ایک مکعب ملی میٹر کے اندر کے جیسات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Bürker) کے آلہ میں جو تھوما زیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشہ محفوظ کو سب سے پہلے شکنوں کے ذریعہ سے جالیا جاتا ہے اور پھر مرقق نو کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقہ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اس ملک (انگلستان) میں زیادہ مستعمل نہیں۔ ایک دوسرا نالیچہ ۹ فی صدی ایسیٹک ایسڈ کے ساتھ ۱۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے جس سے سرخ جیسات غیر مٹی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جیسات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ذکر کے لئے ۵۰۰۰۰ اور انات کے لئے ۵۰۰۰۰ سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکر کے لئے اوسط ۴۲۰۰۰ ہے اور جولائی، کہ جس کے اندر تقریباً ۹ فی صدی طبی قسریں واقع ہوتی ہیں۔



بڑے نواۃ دار سرخ خلیات کی مختلف قسموں کی رنگین تصویر۔ نیچے کی قطاریں پانچ طبیعی نامہ نشانات دکھائی دیتے ہیں۔ بہت سے خلیات میں متحدہ والوان پسندی اور نمبر ۲۲ میں نقطہ دار اساس پسندی ملاحظہ ہو۔ (ڈاکٹر اے۔ پائیٹ نے انرا کام اچکے چھاپے کی اجازت عطا فرمائی ہے، رسالہ امراض نبات و جراثیمیات جلد ۲، دس جولائی ۱۹۲۳ء)۔

(۲۵ x معیاری انحراف) ۴۶۶۰۰۰ - ۶۱۹۰۰۰ ہے۔ اناٹ کے لئے اوسط ۵۰۱۰۰۰ اور جولائی ۴۱۲۰۰۰ - ۵۹۱۰۰۰ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۵۰ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹۰۵ فی صدی کی سبھی گنجائش اور ۵۵ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولائی کے اندر ۹۰ فی صدی طبی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲۵ x معیاری انحراف) ۹۶ تا ۱۱۵ فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۴۸ فی صدی اور جولائی ۸۷ - ۱۱۰ ہے۔ یہ بلند قدریں موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانا کسائی پیدا ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب صبح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ۱۲۰۰۰ دوپہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۲۷)۔

لوحیہ شماری - سوڈیم سائٹریٹ کے ۲۰۵ فی صدی محلول کا ایک قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چھو یا جاتا ہے، جس سے خون اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا تنازعہ حالت میں خردین سے معائنہ کیا جاتا ہے، اور شیشہ محافظ کے گرد ویسٹمین سے حلقہ بنا دیا جاتا ہے کہ وہ خشک نہ ہونے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی مکعب ملی میٹر تعداد معلوم ہو تو لوہوں کی تعداد فلم کے اندر ان دونوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جاسکتی ہے۔ طبعی تعداد ۲۰۰۰۰ اور ۵۰۰۰۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

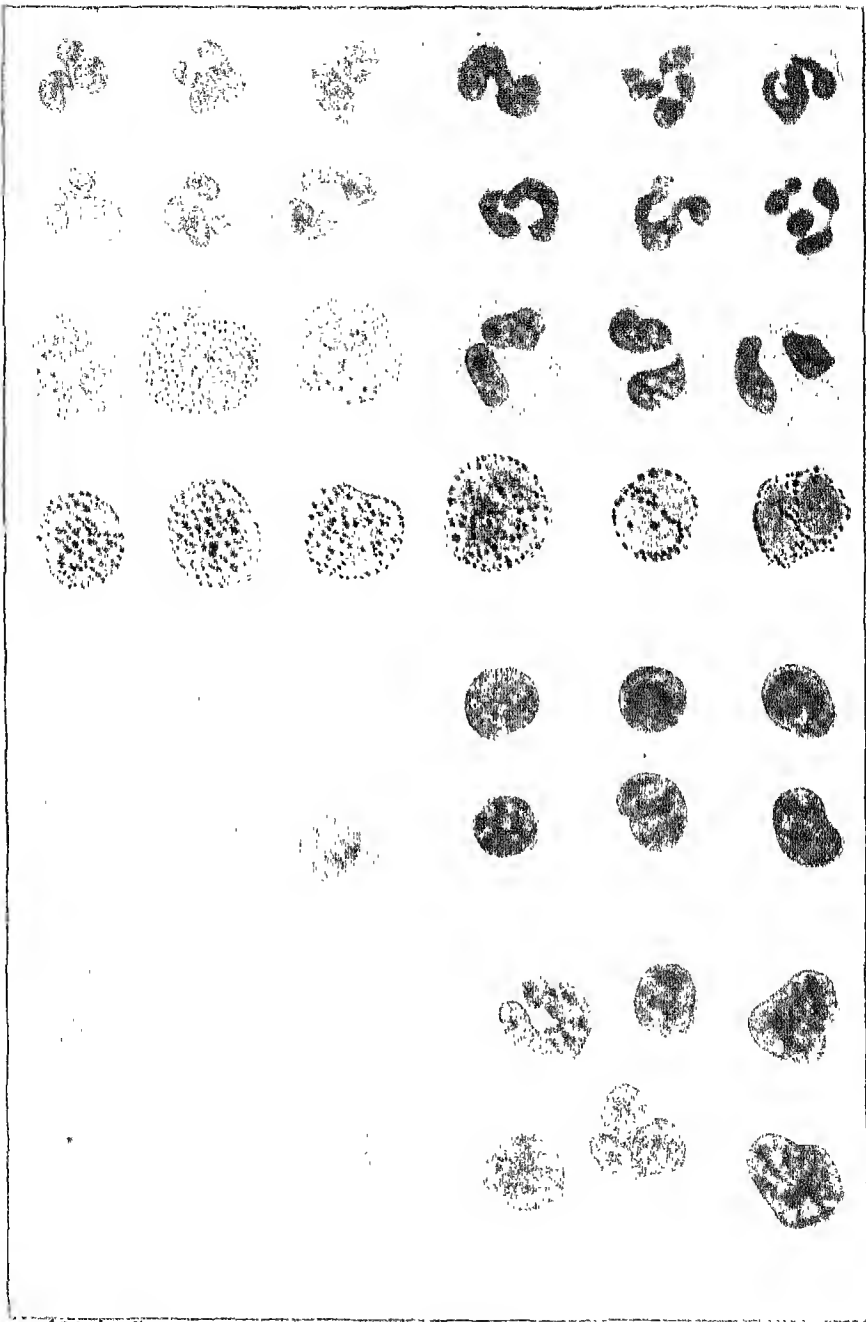
ہیموگلوبن کی تخمینیں - سریری اغراض کے لئے ہالڈین کا ہیموگلوبن پیمائش استعمال کرنا بہترین ہے۔ اس میں دو آبوبات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک میں جو معیار ہے، طبعی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا جو کاربونیٹ آکسائیڈ (carbonic oxide) سے سیر شدہ اور سلیمانی جہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ دوسرا آبوبہ ۱۰۰ درجوں میں تقسیم کیا ہوا ہوتا ہے، اور اس میں خون کی ایک باپی ہونی مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کولگیس سے سیر شدہ کیا جائے (جس سے تمام ہیموگلوبن کاربائی کسائی ہیموگلوبن CO-haemoglobin میں بدل

طبعی خون

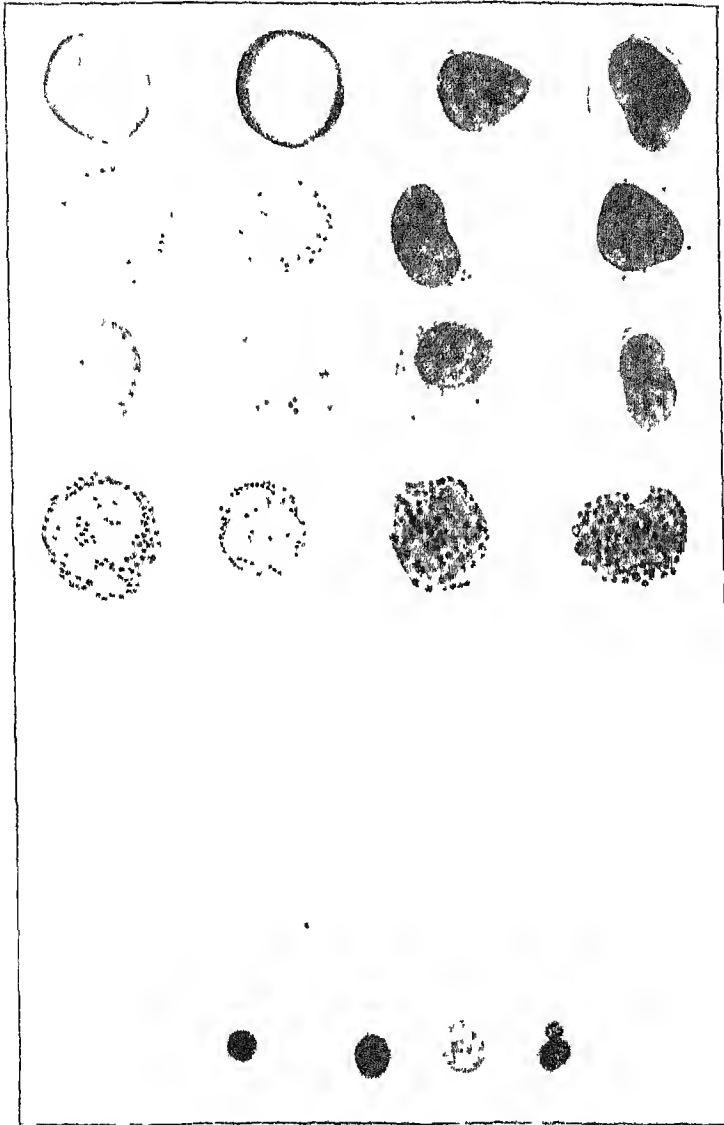
لشمان کا رنگ

جینز کا رنگ

کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات
ایوسین پسند خلیے
مستولی خلیے
لمفی خلیے
بڑے یک نواتی خلیے
سرخ خلیے



۲۵



بالقابل ص 425

عربی دوی خطیات

غیر طبعی خون

جَمِیز کَارَنگ

لَیْشَان کَارَنگ

425

لبی نامہضات	
ذرائق	لبی نامہضات
ایسومین پسند	لبی نامہضات
اساس پسند	لبی نامہضات

جَمِیز کَارَنگ

برقلموں خلویت
خلوی لاتسادی
متعدد الوان پذیری
نقطہ دار اساس پسندی
نوات دار سیخ خلیے

جاتی ہے، تو وہ معیار کے رنگ کا مقابلہ کرتا ہے۔ ایسی حالت میں پیمانہ پر کا وہ عدد کہ جہاں تک محلول پہنچا ہے، ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار ظاہر کرتا ہے۔ دیگر (Dare) کے ہیموگلوبن پیماس کے پیمانہ کا معیار وہی ہے جو کہ بالڈین کے آلہ کا ہے۔ لیکن دوسرے آلات کے پیمانوں کا معیار اس سے مختلف ہوتا ہے۔ قوت نمائے لون (colour index) مختلف دموی امراض میں جسامات کے اندر ہیموگلوبن کا ارتسکاز کی قدر اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ لیکن جسامات کی جسامت اس سے بہت زیادہ اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ اگر انفرادی جسامات معمول کے نسبت چھوٹے ہوں تو ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار جسامات کی فی صدی تعداد کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے۔ جسامات کی فی صدی تعداد کے ساتھ ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار کی اس نسبت کو لونی قوت نما کہتے ہیں، اور اس لحاظ سے کہ غلیات معمول کے نسبت اوسط چھوٹے یا بڑے ہیں کم یا زیادہ ہو سکتا ہے (8)۔ چنانچہ اس وقت جب کہ ہیموگلوبن ۴۰ فی صدی اور جسامات ۵ فی صدی ہوں تو لونی قوت نمائے ۸۹۔ اور جولائی ۸۹۔ ۱۰۶ ہے، لندن میں مردوں کے لئے اوسط لونی قوت نمائے ۹۹۔ اور جولائی ۸۷۔ ۱۱۱ ہے۔

جسامات کا خرد بینی امتحان۔ اگرچہ ایک بے رنگی ہوئی فلم سے سریری تشخیص اکثر ہو سکتی ہے، تاہم معمولی طور پر رنگوں کو کام میں لانا چاہئے، مثلاً جینر (Jenner) یا لیشمان (Leishmann) کے رنگ۔ شبکی حلیوں (reticulocytes) کے رنگنے کے لئے، کریسائل بیو (cresyl blue) کے الکحلی محلول کو ایک گرم شریحہ پر بچا پ اوڑا کر خشک کر لینا چاہئے۔ اس صنف کے ساتھ خون کا ایک قطرہ ملا لیا جاتا ہے۔ پھر اس سے پھیلا کر خشک ہونے دیا جاتا ہے اور ایک روغن غرق عدسہ (oil immersion lens) کے ذریعہ اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ مختلف جسامات اور مرض کی حالت میں کیے جاسکتے ہیں صفحہ ۲۳۲ تا ۲۶۲ بچ میں انکی تصویر کی ہے۔ سرخ جسامات یا خلیا احمر (red corpuscles or erythrocytes)۔

طبعی سرخ جسامات جن کا قطر ۷۔۷۰ میکرون ہوتا ہے۔ چھوٹے جسامات یا خرد خلیے (microcytes) جن کا قطر ۲ تا ۶ میکرون ہوتا ہے۔ بڑے جسامات یا کبیر خلیے

(megalocytes) برہن کا قطر مٹا دیا جاتا ہے۔ سرخ جسیمات کی جامت کی عدم صلاحیت کو خلوی لا تساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بد شکل، متوج، اکثر ناشپاتی ناجسیمات ہوتے ہیں جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں۔ جسیمات کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نوات دا سرخ خلیوں (ناہضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم ان کی جامت کے لحاظ سے ناہضات طبعی (normoblasts)، خورد ناہضات (microblasts)، کسبیر ناہضات (megablasts) میں کی گئی ہے اور بوقلموں ناہضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نوات دار سرخ خلیے طبق طور پر لب عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر انکی موجودگی سے لب عظام میں ان کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔ ناہضات احمر کے اشتقاق اسے آزاد نوات دیکھے جاسکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں جن میں ایک اساس پسند شبکہ موجود ہوتا ہے۔ وہ تلف عدم دمویت کی شفا یابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ جب صفحہ 438)۔ متھلہ دالوان پلیوئی (polychromasia) شبکی خلویت کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطہ داس اساس پسندی (punctate basophilia) یا سرخ خلیوں کی داغ داری (stippling) بھی اس سے ملتی جلتی حالت ہے جس پر ماصی تسمم (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے۔ امراخلیہ (metocyte) وڈ ناہض کیر (megablast) ہے جس کا نوات بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سپید خلیا (leucocytes)۔ سپید خلیے جن کی کئی اقسام میں دو گروہ میں تقسیم ہیں۔ (۱) بذاتی خلیے جنکو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنی کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر ات ہوتا ہے۔ ایوسین (eosinophil) خلیے جن میں موٹے ذرات اور نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے۔ اور مستولی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرنے لگے

اور نوات خفیف طور پر آس پسند ہوتا ہے۔ (۲) غیر فراتی یا ملطف آسا (lymphoid) خلیے، یعنی چھوٹے اور بڑے ملفی خلیے (lymphocytes) جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر آس پسند ہوتا ہے، اور خلیہ مایہ تھوڑا جو صرف خفیف سارنگ قبول کرتا ہے، اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) یا نرجاجی خلیے (hyaline cells) یا یک نواتی خلیے (monocytes) جیسا کہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں، جن کا نوات اور خلیہ مایہ خفیف سارنگ قبول کرتا ہے۔ بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور ملف آسا خلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں، لہذا ان کو برزخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں، لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے، لہذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ یک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں، اور کثیر الاشکال خلیوں کو خرد آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی اکال خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سب خلیے ایبائی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تقریبی شمار کو فی صدی کثیر طور پر ہر گز ظاہر نہیں کرنا چاہئے، بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہئے کہ ایک مخصوص قسم کے خلیے کی فی مکعب ملی میٹر کیا تعداد ہے، اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اسی نمونہ پر سے کرنا چاہئے، جو تقریبی شمار کے لئے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور ملفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ دو قدر و جزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعدادیں۔ ایک صبح ۱۲ بجے دن اور ۹ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعدادیں ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کا غذا سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کر لینا چاہئے۔

تقریبی شمار (بالغ مرد ۲۰ تا ۴۰ سال)

تقداد فی مکعب ملی میٹر

تقریبی ناپ فی صدی

۱۰ تا ۱۵ بجے صبح - دوپہر

اعظم ۵۰۰۰ اقل ۲۵۰۰

کثیر الاشکال نواتی خلیے ۱۲ تا ۱۴ مل ۵۵-۶۰

تقریباً پانچ فی صدی تعداد فی مکعب ملی میٹر

۱۰۶۹ بجے صبح - دوپہر

اعظم - اقل - اعظم

۲۳۰۰ ۱۵۰۰ ۳۰۰۰ ۲۵-۲۰ ملل ۱۲۳۴

۰ ۲۰ ۶۰۰ ۵-۲ ملل ۲۰۶۱۲

۰ ۲۰ ۴۰۰ ۶-۲ ملل ۱۳۱۱۱

۰ ۰ ۱۰۰ چند ملل ۱۲۰۰

لمفی خلیے

ایک نواتی خلیے

ایوسین پسند خلیے

مستولی خلیے

طبی تفریقی شمار کے حدود ۵۰ شماروں کے ان اعداد سے متنبہ کیے گئے ہیں جو کہ پروفیسر برٹاؤڈ شا نے ازراہ کرم ارسال فرمائے ہیں۔

بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً ان خلیات یا فتنہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی تلویں ٹھیک طور پر نہیں ہوتی۔ دوم، مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب عظام سے ماخوذ ہوتے ہیں اور جو عموماً لبتی خلیوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لبتی ناھض (myeloblast) ایک بڑا اولی خلیہ (۱۰-۲۰ ملل) ہے جو لب عظام کے عفرتی خلیے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے، خفیف سا رنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعد لبتی ناھض (metamyeloblast) جو اس کے بعد کا درجہ نمونہ ہے، سابق الذکر خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے رقبے ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذراتی لبتی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے اور (۲) ایوسین پسند لبتی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے جس کے ذرات موٹے اور ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں جسامت کے ہوتے ہیں۔ ذراتی لبتی خلیہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے اور ایوسین پسند لبتی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ

اساس پسند لبتی خلیہ (basophil myelocytes) ہوتے ہیں، جن سے مستولی نلیا سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبتی ناہض (myeloblast) لمفی خلیہ بھی پیدا کر دیتا ہے، اور اس میں بزرگی و بڑے یہ ہیں۔ لمفی لبتی خلیہ (lymphomyelocyte) جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا نوات باقی رہتا ہے جیسا کہ لبتی ناہض میں ہوتا ہے، اور پیش لمفی خلیہ (prolymphocyte) جس میں نوات گہرا اساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیہ منقسم ہو کر لمفی خلیہ کو پیدا کر دیتا ہے۔

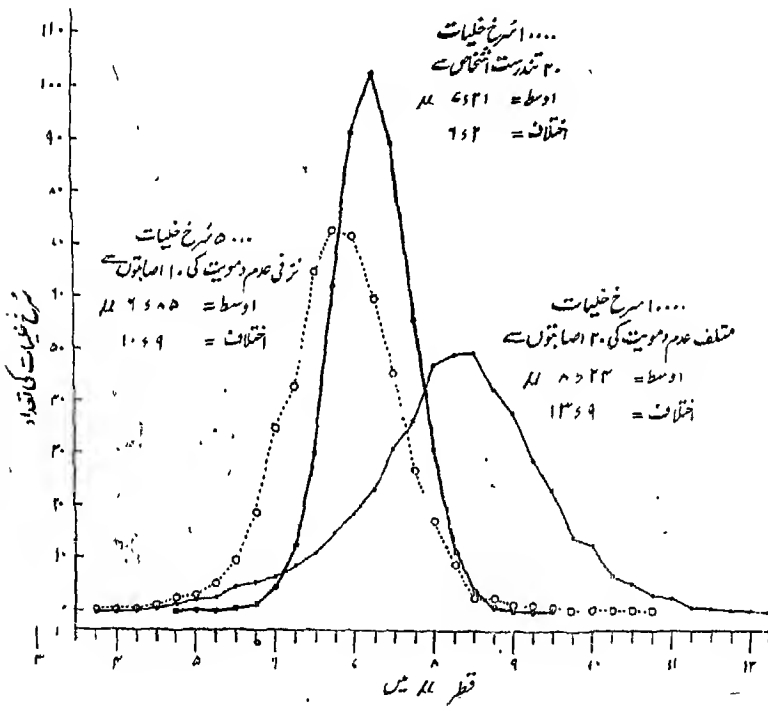
خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین پسند اور مستولی خلیے) اپنے پیشروؤں کے ایک اصطلاح سفید گوں خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کیلئے مقابلہ میں غیر ذراتی خلیات (یعنی لمفی خلیہ اور بڑا ایک نواتی خلیہ) اور ان کے پیشرو، لمف آسا خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مزمن تھیم میں بعض اوقات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ اسی حالت میں ان سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو، جو گلائیکو جن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو چند منٹ کے لئے ایک شیش کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے، جس میں آیوڈین کی قلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا ترکیب لیوٹولوس (laevulose) کے میشرڈ محلول میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلائیکو جن ایک گہرا مہانگی بخور رنگ ظاہر کرتی

ہوتی ہے۔

آرنیٹھ (Arneth) کا شمار۔ یہ طریقہ کہ جس کو شیلنگ (Schilling) نے سادہ و تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عدد ریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبتی خلیہ، یا نوعمر خلیہ میں واحد گول نوات ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبتی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں خفیف سی تسین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسین ہوتی ہے، اور آخر میں وہ کہ جن میں تسین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نفل ظہور میں آتی ہے [یہ پسند غنا تسین (band forma) کہلاتی ہیں]۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴، یا ۵ نختوں میں تسیم ہوں جو کہ رشتہ گوں کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پختہ کثیر الاشکال نواتی خلیات

کہلاتے ہیں۔ طبی حالات میں لہجی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاشکال فوٹی خلیات میں سے ۱۰ فی صدی تعداد بعد لہجی خلیات کی ہوگی۔ عفونی حالتوں میں جب کہ لب العظام پر بار پڑتا ہے، تو عمر میں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گو کہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ مثلاً ایک عفونی حالت میں لہجی خلیات اور نوعر متیں ۲۵ فیصد تک



شکل ۵۲۔ پرائس جوئس کا دموی خلیہ کی توزیع کا نمونہ (اس کے بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)۔

اور بند نما قسمیں ۲۵ فی صدی تک بڑھ سکتی ہیں، اور کامل تکوین یافتہ خلیات ۵ فی صدی تک گھٹ سکتے ہیں۔ یہ نام نہاد حرکت الی ایسا ہے، اور اس کے معنی یہ ہیں کہ انداز زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے۔

پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا معنی (Price-Jones blood

cell distribution curve) - پہلے بتلایا گیا ہے کہ لوہنی قوت نما سے جیات کی

اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی جیات کی جسامت کے تغیر کے

متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخر الذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اس کی

تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی ہوئی فلم میں ۳۰۰ کی تکثیر کے تحت ۵۰۰ یا زائد سرخ

خلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اس کا اوسط لے لیا جائے (۴)۔ نتائج کو پرائس

جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۲) اس کی چوٹی خلیہ

کی اس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے اور اس کے صعودی اور نزولی

حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ خلیے اس جسامت سے

کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبعی خلیوں کا اوسط قطر ۷.۲ ملد ہوتا ہے اور تمام خلیہ

زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نرف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت

میں اوسط قطر نسبت کم اور تغیر نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ ایڈمیشن کی عدم دمویت میں

اوسط قطر نسبت زیادہ اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریق تشہیم - ہیموگلوبن کی قلت جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی کمی ہو

یا نہ ہو، عدم دمویت (anæmia) کہلاتی ہے جو اس وقت جب کہ خون کی تکوین

ناقص ہو غیر تکوین الدموی (anæmopoietic) اور اس وقت جب کہ

خون کا اتلاف بہت زیادہ ہوا تلافی الدموی (hæmolytic) کہلاتی ہے۔

عدم دمویتوں کو خرد خلوی (microcytic) اور کلاں خلوی (macrocytic)

بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromic) یا کثیر اللون (hyperchromic)

کی اصطلاحات رنگی ہوئی فلم میں خلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف

مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لوہنی قوت نما

کے مترادفات کے طور پر) اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ

معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خرد خلوی عدم دمویت

قلیل اللون اور کلاں خلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔

سید جیات کی کمی، قلت جیات سفید (leucopenia) کہلاتی ہے جو

دیرینہ جیمات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلویت (agranulocytosis) ذراتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جیمات کی زیادتی، کثرت ظلیا امر (polycythemia rubra) 'احمر دمویت (erythraemia) 'احمر خلویت (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سید جیمات کی زیادتی بیض دمویت (leukæmia) 'سفید ظلیہ دمویت (leucocythæmia) 'بیض خلویت (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

سید خلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی لمفی بیض دمویت (lymphatic leukæmia) 'لمبی خلوی بیض دمویت (myelocytic leukæmia) 'ایوسین پسندی (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

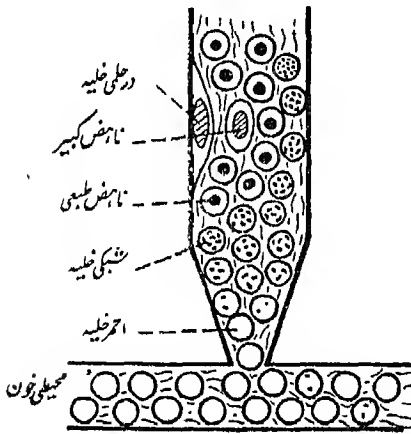
(ANHAEMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANÆMIA)

دورانی خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جیمات کی تعداد کا انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو اعمال کے درمیان توازن پر ہوتا ہے۔ طحال، اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے، اسی وجہ سے وہ سریع عارضی تغیرات کا باعث ہو سکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمائش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی سرسری و متغیر عملی تحقیق نہیں ہے، لہذا سرخ جیمات یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تعین نہیں کی جاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ سرخ خلیات اور ان کے پیشرووں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ نسبیچہ اسمر (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات - سرخ خلیات، سرخ لب عظام کے تکوین الدموی عروق شریہ میں بنتے ہیں، جیسا کہ شکل ۵۳ (۱۵) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سب سے ابتدائی درجہ میں رک جائے، تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے۔

ناہض کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشو و نما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے، جو کہ معدہ میں اور غالباً اثناعشری میں بھی دو عطلوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک انزیم جو کہ کاسل (Castle) کا "رونی عامل" کہلاتا ہے اور یو ایچ۔ غد میں اور شاید اثناعشری میں برنر (Brunner) کے غدوں میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "برونی عامل" مثلاً وہ جو کہ گائے کے گوشت اور خصوصاً لہن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈلین (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت

تکوین الدموی عن نشو



شکل ۵۳ - نسج احمر کی خاکہ نما ترسیم

یعنی متعلقہ عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی، تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک ہضم کیا جائے اور پھر نکال کر مختلف دمویت کے مریض کو دیا جائے، تو وہ شفا یاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ صحت مند معدی اہنضام ایک نائٹرو جینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹنے سے پیدا ہوتا ہے اور معمولاً جگر اور گردوں میں مذکور رہتا ہے اور طبعی سرخ خلیاں اس کی تکوین کے لئے ضروری ہے۔ متناہ عدم

دمویت میں یہ اس لئے نہیں کہ الہاب معدہ کی وجہ سے خمر کی قلت ہوتی ہے۔ اس رموی جوہر کے بغیر دموی جسموں کا نشو و نما کبیر ناہضی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لب عظام میں کبیر ناہضی و عظام ہوتا ہے، اور اس میں خلیات بٹخس کر بھرے ہوتے ہیں، اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت یہ پیدا ہو جاتی ہے۔ لوہا، تانبے کا ایک شاکیہ حیاتین ج اور تھاراکسن (thayoxin) یہ تمام طبعی تکوین خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزخی رزق کے بعد آتا ہے اور ان کے بغیر لب عظام میں طبعی

ناہضی رد عمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کبریا، ہضی اور طبعی ناہضی رد عمل اسی مرض میں تبادل کر سکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکوین خون ہیجان میں آتی ہے، لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے بالکل اس طرح جس طرح کہ کسی کارخانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو جمع ہو جاتا ہے۔

ایک بڑے نرف کے فوراً بعد طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہو کر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چند ہی گھنٹہ کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس کے حجم کی کمی پوری کر دیتا ہے، لہذا اگر نرف سے پہلے کی ہیوگلوکون معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کسی قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہو جائے تو تکوین خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن لوسہ کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طبعی ناہضی رد عمل)۔ بعض حالات میں مثلاً اس وقت جب کہ بہت سا سیال ضائع ہوا ہو، جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھو دیتا ہے، اور مریض بہت ہی بیمار ہو جاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویوں کی تقسیم اس طرح کی جاتی ہے۔
اولی عدم دموتیں جن کی تیب معلوم نہ ہو (اختضریٰ اور متلف عدم دمویت)
اور ثانوی عدم دموتیں جن کے اسباب اکثر اصابتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اختضریٰ عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طبعی ناہضی رد عمل اور بہت لونی قوت نما ہوا اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں :- (۱) نزفات۔ ان میں سے بہت سے نزفات مفرط ہوتے ہیں، لیکن یہ خود نہیں کرتے، یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر عھوڑے عھوڑے نزفات سے جو بواسیر، مستقیمی قرعہ، دخی امراض، اثنا عشری کج دین (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں، شدید عدم دمویت واقع ہو سکتی ہے۔ جلد اور مخاطی اغشیہ میں بھی نزفات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ وہ جو مختلف اقسام کے پریپورا (purpura) میں اور اسکردی

(scurvy) میں ہوتے ہیں۔ (۲) مرض برائٹ، اسکروی اور ناقص درقیت۔ (۳) سرخ جیمات کی تقلیل مرض آجکین میں اور بیض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہو جاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔ عدم دمویت کے علامات۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام اصابتوں میں بعض مخصوص خصائص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویوں میں آنکھ جمتیہ و مخصوص خصائص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد شاحب اور موم نما ہوتی ہے۔ نازہ زرف کی اصابتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعاء حرکی فصل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہو جانے سے شحوب پیدا ہو جائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی تہمتا ہٹ ظاہر ہو۔ مرنی حاطی اغشیہ پھیکے گلابی رنگ کی ہو جاتی ہیں، جیسا کہ دہن، زبان اور پوٹوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ ہاتھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، نہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اسے در دسر اور چکر آنے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کافوں میں آوازیں گونجتی ہیں، اور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عروق کی تنپک پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اُڑیا موجود ہو۔ بھوک عموماً کم ہو جاتی ہے، اور غذا لینے کے بعد شرا بیف کے مقام پر گرانی یا ضیق معلوم ہوتا ہے، یا شدید سوزش سینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہمیشہ قلب کو ہیجان میں لا کر خون کی فی منٹ در آمد کم از زیادہ کر دیتی ہے، اسکی واسطے شرح نبض زیادہ ہو جاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکانیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرتا ہے۔ لہذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خیرات اور حروف ذرونی (bruit de diable) سنائی دیتے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (مستحاض)

222 ، 230) - ممکن ہے کہ قلب متع ہو جائے۔

اخضریت

(chlorosis)

بحث اسباب - اخضریت یا اس کے انگریزی مرادف 'گرین سیکنیس (green sickness) کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ کالوں کے ستھوب کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالخصوص 481 قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نوجوان عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے اخضریت کے حدوث میں تبدیلی کی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کمر بندی کا رواج جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبت بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے اور ورزش زیادہ مقدار میں کی جاتی ہے (B)۔ خانی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہو ا کرتا تھا۔

علامات - اخضریت ایک خرد خلوئی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار بیت لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیوگلوبن میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبعی نابضات، شبکی خلیات، شقوق خلیات، شدید اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ سپید خلیات طبعی ہوتے ہیں۔ عدم الطرث موجود ہوتا ہے۔ ممدی رس میں آزاد HCl موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عصب بصری کا التهاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول اور مستثنیٰ اصابتوں میں عینی شکل (ocular paralysis)، شبکی سدایت (retinal embolism)، اور خلف البصلہ التهاب عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج - ملاحظہ ہو سادہ جے ترشہ عدم دمویت۔

سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anaemia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً بچہ جننے کی عمر میں ماؤف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ اساتیس ۴۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور معمر اشخاص میں (33) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۳۲ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ جن کو ۶ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد خلوئی عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور خون ایک پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے۔ متلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی پائی جاتی ہے، لیکن خون میں باہمی روہن کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وٹان ڈن برگ کا کاشفہ منفی ہوتا ہے، اور جل نخاعی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التهاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التهاب زبان پر سے پھیلتا ہوا بلعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر ابلع ہوتا ہے۔ ناخن مقعر (چمچہ نما) اور پستلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدریت (ridging) (انقعار النظر = koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت غالباً غذائی مسئلے سے لوہے کے قلیل استخذاب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی ریس میں ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت نامی عدم دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر نرف کے۔ انذار۔ موثر علاج کرنے کی حالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔

علاج۔ لوہا بڑی مقداروں میں دینا پڑے۔ قشری تجیز، آیرن اینڈ ایمنیم سٹریٹ (iron and ammonium citrate) جو کہ فیرک سٹریٹ (ferric citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن روزانہ اس کا ایک ڈرام

دینا چاہئے۔ لوہا صرف فرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثر کرتا ہے (7) 'لہذا فرس لوہا استعمال کرنا بہتر ہے۔ پل فیری (pil. ferri.) (بلاڈ کی گولی) = (Blaud's pill) جو فرس سلفیٹ اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (ہم آہ گرین) بہت مشہور ہے۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں۔ فرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ وقت ہے کہ یہ متا کد ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کا سد باب اس کو۔ انی صدی گلو کو س محلول میں حل کر کے کیا جاسکتا ہے، یا اس کے بجائے ایڈ سلفیورک ڈائلیوٹ ہ منم ہ گرین فیسرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کر لینے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں۔ اس کے لئے جیسا کہ متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے، ایک شبکی غلو ی حرجہ کی تلاش کرنی چاہئے۔ اکثر حدیدی تجویزات میں نامنا موجود ہوتا ہے، لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کارپرسلفیٹ کے پانی صدی محلول کے روزانہ ۳-۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ناقص درقیت موجود نہ ہو، اور یہ کہ غذائیں حیاتین ج کی کافی مقدار موجود ہے، جو کہ نارنگی اور لیمو کس کے طور پر دینی بہترین ہے۔ اسکروی میں عدم دموی زنف ہوئے سے پہلے دیکھی گئی ہے۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ اشراب کے ذریعہ دی ہو لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں، اور سنگھیا دینی غیر ضروری ہے۔ لیکن جگر یا خلاصہ جسکر بعض اوقات مفید ہوتا ہے، گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہئے۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل آلو زیٹ فیری (pil. aloes et ferri) (ہم آہ گرین) جس کے ساتھ فرس سلفیٹ شامل ہے، دینا مفید ہے۔ قدرتی طور پر پائے جانے والے حدیدی میاہ (chalybeate waters) میں فرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے، جسے زائد کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) محلولی صورت میں رکھتی ہے۔ اور بشرطیکہ ان کو براہِ دہن چشمہ پر تازہ پیا جائے یہ مفید ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور نقل الدم مفید ہو سکتے ہیں۔

متنلف عدم دمویت

(pernicious anaemia)

483

(Addison's anaemia = ایدلین کی عدم دمویت)

(glossitic anaemia = التهاب اللسانی عدم دمویت)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو ایدلین (Addison) نے خود سرور عدم دمویت (idiopathic anaemia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں متمیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بائرنر (Bairner) اور دوسرے مصنفین بر اعظم یورپ نے مماثل اصابتیں ترقی پذیر، متنلف عدم دمویت (progressive pernicious anaemia) کے نام سے بیان کیں۔

بمختص اس سبب۔ یہ مرض دو صنفوں کو ماریاؤف کرتا ہے، اور وہ فیصدی اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور معدی تغیرات کے لئے جو کہ اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔ مرضی منتشر صبح۔ اعضاء کے عام شخوب کے علاوہ بعد الممانت حالتوں سے ایک نہایت مستمر حالت قلب کا شمی اسخطا ط ہے، جو خود کو عضلہ قلب کی متبادل سیاہ اور شمشجب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں درون قلب میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار بلی جیسی دھاریاں = tabby-cat striation)۔ یہ ناقص کیجی رسمہ کے باعث ہوتی ہیں جس کا سبب خون کے ہیموگلوبن کے مقدار کی کمی ہے۔ یہ بایئیں بطین اور طبی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا شمی اسخطا ط بھی موجود ہوتا ہے، اور شراین کے اندرونی طبقہ کا بھی۔ نزفات نہ صرف شبکیہ میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ مصلیٰ غشیہ درون قلب، معدے کی غشائے مخاطی، پیچھڑوں، سطح دماغ، اور دوسرے حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فین وک (Fenwick) نے ابتداء میں معدہ میں ایسے تغیرات پائے جو کہ التهاب معدہ (ملاحظہ ہو) کے ممثل تھے۔ بعض اوقات لمحال

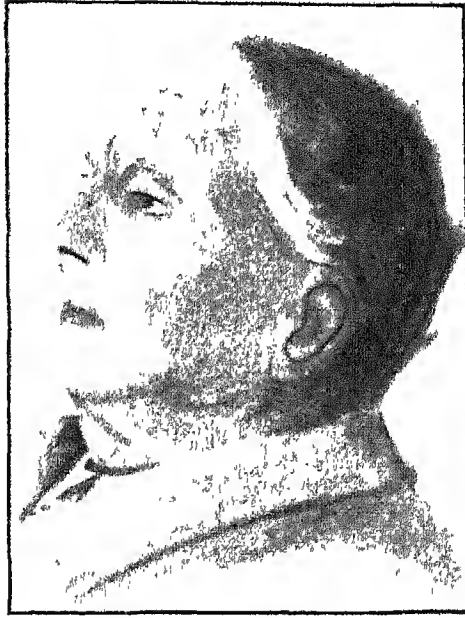
بڑھی ہوئی، اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زائد اور سرخی مائل ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے، اور اس میں نوات دار سرخ جسامت بالخصوص کبیرا ہضات بڑی تعداد میں ہوتے ہیں، مزید برآں جگر کے خلیوں میں طحال میں اور گردوں میں لوہے کا وافر جماد ہوتا ہے، جو پوٹاسیم فیرو سائٹڈ اور مرقت ہائڈرو کلورک ایسڈ سے عضو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نغاصی علامات والی اصابتوں میں موت کے بعد جانی استوائوں اور پچھلے استوائوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

امراضیات - اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے :- (۱) بول کے اندر یورو بائٹین کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جماد اور خون کے اندر صندھ صفراد کی موجودگی کس سے آئن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں معمول مثلاً سینیون (saponin) پائری ڈین (pyridine) وغیرہ کے اشتراک سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوئے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پرورش اور ساتھ ہی دوران خون کے اندر سرخ خلیوں کی جسامت اور شکل کی بنیاد کی اور کبیر خلیات کی اور بعض اوقات کبیرا ہضات کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاں خلتوی عدم دمویت ہے۔ سرخ خلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی تبدیل ہو جاتا ہے۔ جسامت میں ہائڈروجن رواں (H ion) کا ارتکاز زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرس (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوہ کافرق (potential difference) بجائے آٹھ یا نو ہونے کے ۲۸ ملٹی وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (۱۲) - (۳) معدی رس میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التهاب معدی کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ معدنی کلورائیڈ اور پیپسین بھی کم ہوتے ہیں، گو بالکل غیر موجودہ گز نہیں ہوتے (۱۳)۔ غالباً حقوڑا سا "ناقعی" ہائڈرو کلورک ایسڈ (active HCl) ہمیشہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷۴، صفحہ ۳۳۱)۔ غذائی خطے میں دوسری جگہ التهاب کی موجودگی بھی مینر التهاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

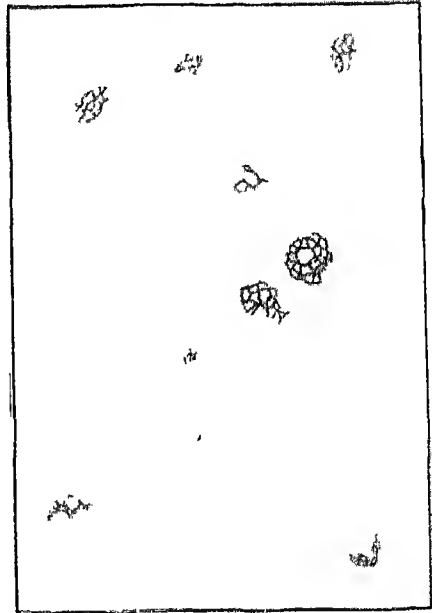
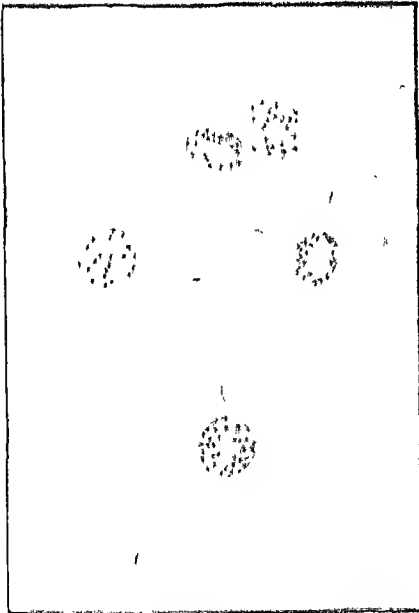
اور بعض اصابتوں میں اہمال، معوی التهاب کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۴) جب خلاصہ جگر براہ دہن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

زمانہ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے ہے۔ لیکن یہ امر شکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقتاً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی ساری بالی روہین، ٹوٹے ہوئے جسیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ خون کے جسیموں کی باز پیدائش ایک نامکن سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔ نیز بالی روہین کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے، حالانکہ تصویر خون مستقر رہتی ہے۔ یہ تصور پر خون بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات، متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت زندہ رہتے ہیں کہ جتنی صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی ناقص تکون کا نتیجہ ہے، جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر لب عظام کامل سرخ خلیات کو نہ تو پیدا کر سکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج کر سکتا ہے۔ لہذا وہ لب عظام میں محسوس کر بھرے رہتے ہیں اور اس کو سرخ رنگ سے منجھتے ہیں۔ اگر جگر دیا جائے تو نا پختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران خون میں خارج ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ ب) اور ۱۰ تا ۱۵ دن میں نقطہ اعظم کو پہنچتا ہے اور یہ شبکی خلوی استجابات عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت رکھتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہو جاتی ہے اور تصویر خون طبعی ہو جاتی ہے۔ مکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہو جائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۱۰ لاکھ تک پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت، طبعی کے قریب ہو جاتی ہے۔ مکن ہے ایوسین پسندی موجود ہو۔ صحیحیابی میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شکل ۴۵ میں دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں صدف، سفراء اور جدیدی جماؤں کی زیادتی کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیو گلوبن کی تکون میں کام میں نہیں لایا جاسکتا، لہذا وہ مجتمع ہو جاتے ہیں۔ گاہے صریح یرقان اور اس کے ساتھ مثبت و آن ڈن برگ کا شفعہ موجود ہوتا ہے۔

متلف عدم دمویت کے ساتھ سبب النشائی کے تحت الحاد مزمنی انحطاط کا آثار



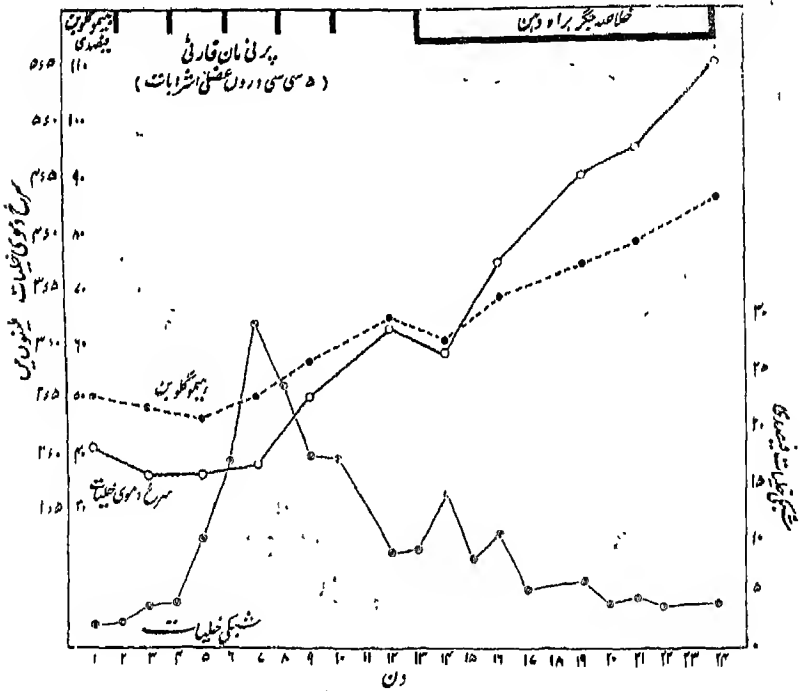
۱



- الف۔ احمد دعویت میں چہرہ کی رئیس تصویر۔ نہایت نمایاں اصابتوں میں زرق اور بھی زیادہ ہوتا ہے۔
 ب۔ متلف عدم دعویت میں ایک رچی ہوئی ظم کبدری علاج کے ابتدائی مراحل میں جس میں شبکی خلوت دکھائی گئی ہے۔
 ج۔ رصاصی نسیم میں نقطہ دار اساس پسندی۔ (یہ تجہزات ڈاکٹر ایف۔ اے۔ نات نے بنائی ہیں)۔

ہم قریبی تعلق رکھنے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ جبل النخاعی اور خون دونوں کو باؤف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے، یا ایک تاثر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات - متلف عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا



شکل ۵ - متلف عدم دمویت کی ایک تمثیلی احصاء ہے، جو پہلے خلاصہ جگر کے پانچ دروں عضلی اشارات اور پھر اس کو براہ دہن دینے پر اعظم مستطیل عضلہ دمویت اور خون کی باز پیدائش ظاہر کرتی ہے۔ لونی قوت نامیں تغیر یعنی سرخ خلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں ہیموگلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا خوب واضح ہے۔

ہو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد جھلک کی ہو جاتی ہے، جو معمولی عدم دمویت کی

سپید موی جب تک سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چکیتیاں ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض ڈبلا نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المتقدار ہو۔ نڈھال پن و داغی اور بامانی محنت سے تنفر دوران سر کا نول میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے اقسام کی عدم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں اور علاوہ ازیں محنت کرنے پر بڑا اختلاج قلب اور دردِ قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا ہے اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چکیتیاں ہوں۔ کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ زبان میں حلیما ت خیطیہ کا ذبول بلکہ انشغاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سودا ہستی علامتہ (جو ملاحظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی رس میں آزاد باڈرو کلورک ایسڈ بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے گاہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب کارنگ یوروبالین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے، لیکن اس میں البیون نہیں ہوتا۔ طحال کی کلافی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے نزفات نظر آئیں جو قرصِ مصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ عطلط یا شعلہ نما ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ پدید دھبے بھی موجود ہوں۔ دوسرا متمیز خاصہ تب ہے جس سے ۱۰ یا ۱۰۲ درجہ کی تپش حاصل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً یہ تپ بے قاعدہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تپ کئی دنوں تک موجود رہی ہو اور موت سے پہلے اکثر تپش تحت الطبعی ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شاحب ہوتا ہے اور سرخ جیسات کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ۲۵۰۰۰۰ بلکہ ۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ کوئی قوتِ منا عموماً ایک سے زائد ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جیسات معمول کے نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ۷۰ تک بھی پائی گئی ہیں۔ بو قلموں خلیہ کسی دوسری حالت کے نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند نوات دار خلیے بالخصوص کثیرناہضات موجود ہوتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات عام طور پر معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پرائس جونز کا دموی تو دین منحنی متمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیتِ نزویب میں کمی ہو، لیکن جیسات کے بھر بھر پن یا

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔
متلف عدم دمویت کے مریضوں کی کئی ٹانگوں کا سن پن اور کمزوری عدم اتساق،
متغیر رکبی جھٹکے اور حاد و مزاج انحطاط نخاع کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں بلکہ
مکمل ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نخاعی علامات ظاہر ہو جائیں۔ بعض اوقات
ذہنی احتمالات دیکھے گئے۔

تشخیص۔ متلف عدم دمویت کی ہر مفروضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ
نہایت احتیاط کے ساتھ عصبی مرض، مثلاً سرطان معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض
اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکروں کی جستجو بھی کی جائے
اور بعض حالات میں براز کے معقول امتحان کے ذریعہ معائی گرموں (جو بی راہیہ
boithriocephalus) یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔
متلف عدم دمویت کے میز خصائص یہ ہیں: — مصل کے اندر صغہ صفرا کی موجودگی
جس سے متلف عدم دمویت کا زر درنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویر خون مہ اس کے
بلند کوئی قوت ناکے، اور خلوی توزیع کا تمثیلی منحنی، اور بے ترشگی۔ یہ سب اسے
انفیریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبر خلویت
جو کہ مرض کی میز ہے، بالہ انطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے
ذریعہ ظاہر کی جاسکتی ہے۔ تختی پر ایک پتلی سی دموی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ
جسمیات باہر ممتراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستدیر بالہ
دکھائی دیتا ہے جس کا مقابلہ ایک طبعی فلم سے حاصل کردہ بالہ سے کیا جاتا ہے۔
ایک نسبتہ چھوٹا بالہ کبر خلویت کی دلیل ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں دموی جو ہر کے ذریعہ علاج کرنے پر امیلا فراجمیست
ظاہر کرتی ہیں، اور سخت الحاد و مزاج انحطاط کی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں
اگرچہ اس کے لئے جگر کی نسبت بڑی مقادیر ضروری ہوتی ہیں، اور جب عصبی حقیقت
تلف ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متعین مدت تک جاری
رکھنا چاہئے۔

علاج۔ میناٹ (Minot) اور مرنی (Murphy) کی جگہ کے علاج کی ایجاد کا

مقابلہ اس انقلابِ عظیم کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے دنیا میں
 کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اس علاج کا فعلیاتی نقطہ نگاہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔
 پاؤ بھر لٹکا پٹکایا ہوا جگر روزانہ براہِ دہن دیا جاتا ہے۔ اس کا مزہ چھپانے کے لئے
 اس کے ساتھ آنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat
 extracts) مثلاً باورل (Bovril) یا نارنگی کارس ملا کر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو
 کاٹ کر لوندے بنائے جاسکتے ہیں، اور ان کو رائس پیپر (rice-paper) میں
 لپیٹ کر سالم نگلا جاسکتا ہے۔ کچے معدہ خنزیر کے چھ اوٹس اس کے معادل ہیں۔
 خلاصہ جگر سفوف یا مائع کی شکل میں بھی لیا جاسکتا ہے، لیکن تحت الحاد مزاجی انحطاط
 کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصہ جگر ماہی ہنایت ہی قوی ہے۔
 مجفف معدہ خنزیر بھی لیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال
 ثابت ہوتی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر
 نہیں ہوتیں کیونکہ معاد سے دموی جو ہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اثرات
 کرنے ضروری ہیں اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں وریدی اثرات
 435 کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی مجبیت نہ ہو، تو تجہیز غالباً غیر فعال
 ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن
 کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں
 کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک
 مرتبہ ان کا شراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا
 خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم مابعد درجوں میں اس مقدار کو
 گھٹا کر پونڈ یا اس سے بھی کم کیا جاسکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموی شمار یا دان
 ڈان برگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر
 مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر ان کا رنگ غیر معمولی طور
 پر گلفام ہو کر ان کے پہلے پھیکے زرد رنگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفونت کے
 سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفونت دانوں، لوزین، یا انفیجیا
 کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک اصابتوں میں ابتدائی علاج میں نقل الدم

عمل میں لانا قرین مصلحت ہو، خاص کر اگر تپش بلند ہو۔ ”برونی عامل“ گہبوں کے بیج اور لہن بوزہ گراں کے الکحلی خلاصہ اور مارما ریٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے اور اگر عمدہ میں ”برونی عامل“ کی کافی مقدار موجود ہو، تو ان اشیاء کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا، یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد ”برونی عامل“ کی اتنی مقدار پیدا ہو جائے کہ مارما ریٹ کو تہنا دیا جاسکے (6)۔

دوسری کبیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بعینہ متلف عدم دمویت تصور کیا جاسکتا ہے۔ بائلی روبین دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی، اور بعض اوقات بائلی روبین دمویت اور ایک خرد خلوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں:۔ قرض یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی استیصال، ناقص معوی اسجذاب، معدی قولونی ناسور، معاد صغیر کا جزوی استیصال، معانی ضیق اور تدریجی تقرح، شیمی اہمال، بشمول شکمی مرض کے، اسپرو (sprue) اور دو برگہ جو بیہ عربضہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی امایاتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے، جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہو جاتی ہے، رفع ہو جاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anaemia)۔ یہ مرض سالورسان اور ہنزال کے دوسرے مرکبات کے تسم (20) سے، اور لاشعاعوں میں حد سے زائد تکلف سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی سرایت ثانوی ہو سکتی ہے (21)۔ سرخ جسامات اور ہیموگلوبن مہول کے تقریباً ۳۰ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور کوئی قوت نما تقریباً اکائی ہوتا ہے۔ نوات دار سرخ جسامات اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی تقلیل کے باعث قلت جسامات پیدا ہو جاتی ہے۔ لب عظام متلف عدم دمویت کے لب عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے اور پھیکے رنگ کا اور شیمی ہوتا ہے اور خون کی باز پیدائش کے تمام امارات سے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ لب عظام کی عدم تکوین ہوتی ہے، جو مرض کا ادلی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض امایاتوں (نزخی) ناسفیل دمویت

(aleukia haemorrhagica =) میں دموی لوحیوں کی بہت کمی یا کامل غیر موجودگی بھی ہوتی ہے، اور اسی کے ساتھ ایک شدید نرینی رجحان ہوتا ہے اور عرصہ ادا میں تاخیر ہوتی ہے، لیکن عرصہ ترویج میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پری پورائیسے مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 445)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ فائو تکوین الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ مکرر (۳۰۰ دفعہ تک) نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا ہے۔ جواب بھی زندہ ہے (34)۔

غیر ذرّاتی خلویات (قلّت جیماٹ تعدیل پسند) - یہ ایک متجانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) خلیات کی تقلیل ہے جس کے ساتھ خلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے جو کہ غیر ذرّاتی خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے؟ مثلاً وینٹ (vincent) کا ذبحہ یا دیگر سرایت - یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولی سب سے اور یہ کہ سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلّت جیماٹ تعدیل پسند کا نتیجہ قوت مدافعت میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ لمفی خلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کریں۔ لیکن ممکن ہے پہلے پہل ایک نواتی خلویات موجود ہو (10)۔ نمکات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں اور بسا اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس مرض کی زیادتی ایمیدوپائیرینا (amidopyrina) (pyramidon) کے یا باربٹ یوریت (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (11) کے عام رواج کے ساتھ ہمزان پائی گئی ہے۔ لب عظام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ ذرّاتی خلوی خلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذرّاتی خلوی ذبحہ میں شرح اموات ۷۵ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے، لیکن جب اس کا علاج پینٹوسس نیوکلئوٹائیڈک 49 (pentose nucleotide, K96) کے ذریعہ کر کے کثیر الاشکال مکولین کو ہیجان میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (8) ہو گئی ہے، اگرچہ بعض اصابتیں بالکل کوئی بحیثیت ظاہر نہیں کرتیں (10)۔

بچپن کی غیہ تکوین الدموی عدم دموتیں - یہ فی الجملہ بالغ عدم دموتوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دموتیں سناؤ ہیں، لیکن وہ دوبہرگی جو بہ عریضہ کی سرایت میں اور شکلی مرض میں برونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پانی گئی ہیں چنانچہ ماراٹھ دینے سے شفا یابی ہو گئی ہے، کیونکہ برونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دموتوں میں سے سب سے پہلے ان عدم دموت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروی اور قماٹ (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور رقیہ دینے سے شفا یاب ہو جاتی ہے۔ شکلی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دمویت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دموتیں وہ ہیں جو کہ تغذیاتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر جگر اور طحال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ لیستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیرخواری کی عدم دمویت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں :- ماں کی عدم دمویت کے باعث لوہے کا قبل الولادت فی ذخیرہ قلیل ہو، یا ولادت قبل از میعاد ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو، یا تو ام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دو گنی ہو۔ یا لوہے کی بخل الوافی رسد قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلا یا جائے۔ علاج اس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دموتوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفیٹ (۴ گرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانبے کے ہمراہ پانی میں گھول کر دن میں تین مرتبہ دینا۔ تانبے کا فصل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں مذکور ہوتا ہے، ہیمو گلوبن تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں وان جیکس (Van Jaksch) کی رضیعی کا ذب بیض دموی عدم دموتیت (زمانہ شیرخواری کی طحالی عدم دموتیت) ایک مستقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے۔ خون میں سفید خلیات کی زیادتی ... ہم تک پانی جاتی ہے، جن میں چند لہبی خلیات پائے جاتے ہیں۔ جگر اور

طحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیرخوار بچہ کے لب عظام کی وہ جمبیت ہی جو کہ وہ عدم دمویٹ پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے خاص طور پر سرایت کی طرف اور ایک مریض میں مثیلی بے صفرا بولی یرقان پیدا ہو گیا (16)۔

آلٹاف الدموی عدم دمویٹیں

(HÆMOLYTIC ANÆMIAS)

آلٹاف الدموی عدم دمویٹوں کا ایک گروہ خاندانی ہے اور اس میں بے صفرا بولی خاندانی یرقان، داسی غلوی عدم دمویٹ، جو کہ یرقان، غدی کلا نیوں اور ٹانگوں پر قرعات کے ہمراہ جشیوں میں پائی جاتی ہے، شیرخوار بچوں کی نیا بیت ہی شاذاً حمونا ہضی عدم دمویٹ، اور نوذائیدوں کا خطرناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرایتیں جن میں گیس گنگرین سب سے خراب عدم دمویٹ پیدا کرتی ہے، مزمن تقيج، اطالت پذیر جمیات، کسبجی منقہی مرض، بشمول نفاسی تپ کے، حاد ریشیت، ساری التهاب دروں قلبہ جو کہ اور طعی باز روی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مدرن، آتشک، بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، لیبریا ہے۔ اور پھیپہ زہر مثلاً مشتقات اینی لائن، رصاحی سم، اور مکرر نقل الدم اور سب سے آخر میں حمل ہے۔

علامات۔ اگر آلٹاف خون سرعت سے ہو تو ہیموگلوبن دمویٹ اور یرقان پیدا ہو جاتے ہیں۔ لونی قوت نما، لب عظام کی جمبیت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، اور زوردار جمبیت کی حالت میں شبکی غلویٹ اور نواۃ دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ بسا اوقات جگر اور طحال کی اور کبھی کبھی لمفی غدو کی کلائی واقع ہو جاتی ہے۔

بے صفرا بولی یرقان

(acholuric jaundice)

مزمن کلاں طحالی اتلاف الدموی یرقان

(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلہ شاذ شکل میں قناتوں کا تسد نہیں ہوتا، کیونکہ براز کا رنگ طبعی رہتا ہے اور قارورہ قطع نظر شدید حلوں کے صبنہ صفراسے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یورو باکلین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں صبنہ صفراموجود ہوتا ہے، مگر وہ یورو باکلین یا یورو باکلینو جن سے مترا ہوتا ہے۔ اس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے، جو زیادہ بھر جبرائین ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 423)۔ طحال ان خلیات کو تعداد کثیر میں تلف کرتی ہے، اور خون میں کا صبنہ صفران خلیوں کے ہیموگلوبن سے آتا ہے۔ اگر خون کی نوعی بعضی باز پیدائش ناکافی ہو تو مرلیض عیدم الدم ہو جاتا ہے۔ نیجیاتی لحاظ سے طحالی لت میں کثیر التعداد طبعی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں، اور فاعلی دم پاش درجہ میں آزاد صبنہ آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبتہ خالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدائشی اور اکتسابی دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

بے صفرا بولی خاندانی یرقان (acholurie familial jaundice)۔ یہ

یرقان جو خاندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے، اکثر پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے، یا بعد میں بندریج نمویاب ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سا لہا سال تک جاری رہے، یا یہ صاف ہو کر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مرلیض عیدم الدم ہوتا ہے سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰ یا ۳۵۰۰۰ ہو جاتے ہیں اور مستدل ورحبہ کی بوقلموں خلویت خلوی لائساوی متقدوالوان پسندی اور نقطہ دار اس پتہ ظاہر کرتے ہیں۔ اور فوات دار سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویستہ ۵ فی صدی سے زائد ہوتا، ایک نمیز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں، لیکن طبعی سے زیادہ دبیز ہوتے ہیں۔ ہیموگلوبن ۵ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے۔

اور لونی قوت نما اکائی سے قدرے کم ہوتا ہے۔ سپید خلیے عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی خلیوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند لمفی خلیے بھی موجود ہوں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرضی حالت کی ترقی کے ساتھ اس کی سختی بڑھتی جاتی ہے۔ جگر محض نحیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس کا اکسب ہونا معلوم ہے۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہو کر بعد میں چھوٹا ہو جاتا ہے۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح ٹھٹھکے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں طحالی کہتے ہیں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 397) اور نہ ان کی انگلیاں گرز شکل ہوتی ہیں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ علامت ان کے لئے چنداں تکلیف نہ بنو، اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں۔ نئی احمرنا مضعی بافت لب عظام کے باہر پیدا ہو سکتی ہے۔ سینہ میں یہ تودے لاشعا عوں کے ذریعہ دیکھنے پر دروں صدری تو نامیہ سے خلط ملط ہو سکتے ہیں۔ سنگھائے صفراء کا رجحان بھی پایا جاتا ہے۔

اکتسابی بے صفراء بولی یرقان (acquired acholuric jaundice)۔

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویٹ اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جیہات ٹھٹ کر ۲۰۰۰۰۰ یا ۵۰۰۰۰ ہایا اس سے بھی کم ہو جائیں۔ لونی قوت نما بعض اوقات متلف عدم دمویٹ کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے۔ یرقان اکثر بہت نحیف، اور طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ سرخ جیہات کا بھر بھر اپن چند اصابتوں میں طبعی ہوتا ہے۔ مرض کی دونوں شکلوں میں، لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں، دم یا شدیدگی کے اشتدادات واقع ہوتے ہیں، اور منظر خون متلف عدم دمویٹ سے مشابہ ہوتا ہے۔

علاج۔ متلف عدم دمویٹ کی طرح جگر سے علاج کرنا چاہئے، بالخصوص اس وقت جب کہ سرخ خلیات ویسے ہی مینز تغیرات ظاہر کریں۔ اکتسابی اور پیدائشی دونوں اصابتوں میں طحال کا استیصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے، اور اگر عدم دمویٹ شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں طحال کا استیصال کر دیا جائے تو جیہات کا طبعی بھر بھر اپن

کم ہو جاتا ہے۔ لیکن بے صفرا بولی یرقان میں یہ بھر بھرا پن، عملیہ کے بعد کم نہیں ہوتا۔ لیڈر (Lederer) کی آٹلاف الدموی عدم دمویٹ، یہ عدم دمویٹ کی ایک شاخ قسم ہے، جو کہ بچوں میں زیادہ عام ہے، اور جس میں آٹلاف الدموی عدم دمویٹ نہایت یکایک ظاہر ہو جاتی ہے۔ جگر اور طحال بڑے ہو جاتے ہیں۔ بالعموم ابيض خلویت ہوتی ہے جو کہ فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ بسا اوقات معدی معائی علامات موجود ہوتے ہیں۔ نقل الدم کے ذریعہ علاج کرنے پر سرعت کے ساتھ شفا یابی ہو جاتی ہے۔

طحالی عدم دمویٹ

(splenic anaemia)

یہ نام ان متعدد اصابوں کو دیا گیا ہے جن میں طحال کی بڑی کلانی کے ساتھ عدم دمویٹ ہوتی ہے۔ ان کی مختلف امراضیات کا بیان صفحہ 454 پر درج کیا گیا ہے۔ لیکن بعض اصابوں میں یہ مرض بلاشبہ آشکی ہوتا ہے۔ اور باقی رقبہ میں بلند فشار خون پایا جانا ایک اہم امر ہے۔

علامات۔ پہلا واقعہ یا تو ایک عمومی عدم دمویٹ، یا قے الدم کا ایک حملہ ہے، یا بائیں جانب میں درد کی کوئی شکایت ہوتی ہے، جو غالباً گرد طحالی التهاب کے حملوں کے سبب سے ہوتی ہے۔ پہلے پہل مشاہدہ کرنے پر طحال اکثر بڑی جسامت کو پہنچ چکی ہوتی ہے، اور دوران مرض میں وہ اتنی کافی بڑی ہو سکتی ہے کہ سامنے ناف تک اور نیچے حرقی عرف تک پھیلی ہوئی ہے۔ عدم دمویٹ بہت زیادہ، اور انخفیریت کے قسم کی ہوتی ہے، سرخ جسامت ۲۰۰۰۰۰ سے لیکر ۳۰۰۰۰۰ تک جولانی رکھتے ہیں، اور ہیمو گلوبن ۳۵ سے ۵۰ فی صدی تک۔ کوئی قوت نما ایک سے کم ہوتا ہے، لیکن عموماً ۵۔ سے کم نہیں ہوتا۔ سید جسامت طبعی کے نسبت 488 عموماً کم تعداد میں ہوتے ہیں (قلت جسامت سید)، اور اکثر صرف ۴۰۰۰ یا ۵۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر۔ ممکن ہے کہ طبعی نامیضات اور چند کبیر نامیضات موجود ہوں۔ یہ مرض ایک طویل ممر طے کرتا ہے، اور اکثر تین یا چار سال تک، اور بعض

اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے، اور عدم دموییت آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قے الدم مکرر ہو اور دوسرے نزفات جیسے کہ رعاف یا شکیبہتی نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور باضمہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں۔ لیکن لمفائی غدہ کی کلانی نہیں ہوتی، اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جسد کی نمایاں لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض دونوں سنوں میں، اور بچپن سے لے کر آخری ادھیڑ عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور واضح طور پر اکوب ہوتا ہے۔ پھر اسکے بعد استسقاء شکمی ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کہبت کے بغیر بھی ہو جاتا ہے۔ جگر کی واضح کہبت اور استسقاء شکمی کا مترادف ہونا عموماً مرض **بانتی** (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں طحالی عدم دموییت کے ساتھ طحالی وریدوں کی غلظت پائی جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التهاب اور گرد طحالی التهاب ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویتی بیض دموییت، متلف عدم دموییت اور ساری التهاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ اس کے متمیز خصوصیات یہ ہیں :- انضغیت کی قسم کی عدم دموییت، سپید جیات کی قلت، طحالی کی بڑی جسامت، بیض دموییت کی عدم موجودگی اور لمفائی غدہ کی کلانیوں کی عدم موجودگی، مرض کی طویل مدت، اور نزفات کا وقوع۔ خبیث التهاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دموییت بہت نمایاں ہو سکتی ہے، اور ساتھ ہی پر پورا اور نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ اور طحالی عدم دموییت میں دموی خریات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کہبت کی اُن اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، **منینجی** کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلانی طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہئے۔

علاج - لوہا اور سنگھیا بے کار ہیں۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد شخص قایم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے۔ اگرچہ یہ زنف کے خطرے سے خالی نہیں، تاہم بعض اصابتوں میں پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ بیض دمویت کی طرح اس مرض میں بھی رائجی شاعیں آزمائی جاسکتی ہیں۔ نقل الدم ایک مفید تخفیفی تدبیر ہے۔

بیض دمویت

(LEUKÆMIA)

(leucocythæmia = سفید خلیہ دمویت)

یہ نام مرض کی ان اصابتوں کو دئے گئے ہیں جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں (غیر بیض دمویتی بیض دمویت = aleukæmic leukæmia) آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اس کے ساتھ ہی لب عظام طحال یا لمفائی غدو میں تغیرات واقع ہوں۔

بحث اسباب - بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کسی سربت کے لئے ظاہر ہوئی ہو یا ممکن ہے کہ وہ حص سپید خلیوں کا لحمی سلمہ ہو۔ لیکن کبھی کبھی عفونتی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے۔ لمبی خسلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تر ادھیڑ عمر میں، گو بعض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیرخواروں میں شاذی) واقع ہوتی ہے۔ لمفی خلوی (lymphocytic) بیض دمویت نو عمر اشخاص میں زیادہ عام ہوتی ہے۔

امراضیات - سفید گوں خلیات یا لمف آسا خلیوں کی از حد زیادہ پیدائش ہو کر مرض کی دو تمیز شکلیں پیدا کرتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر پختہ شکلوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لمفائی غدو، یہ سب سپید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کر لیں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ خلیے خون کے اندر اور بھی زیادہ اولین شکل میں پہنچ دئے جاتے ہیں۔ بعض اسانٹول میں طبی ذخیروں کی اس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سپید خلیوں کو پیدا کرنے والے تازہ رقبے بن جاتے ہیں جو یا تو لٹ آسا (myeloid) یا لمف آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ درزیشیں جلد کے نیچے، یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہیں پیدا کر دیں (گرہ کی بیض دمویت nodular leukaemia = یا سلوہ اخضر جو ان کی سبز رنگت کی وجہ سے اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ اہگے ملاحظہ ہو)۔ لمفی لمی سلوہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 441)۔

439

بیض دمویت میں اساسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیمیائی امتحان، خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے، جس کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

لمبی خلوی بیض دمویت

(MYELOCYTIC LEUKAEMIA)

طحالی لمبی سفید گون، لب آسا یا ذراتی بیض دمویت، لمبی خلوی دمویت

(spleno-medullary, leucoid, myeloid, or granular

leukaemia ; myelocythæmia)

خون کی حالت۔ بیض دمویت کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور نپلا ہوتا ہے، اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے، وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے ٹھکے بنا دیتا ہے۔ سپید جیسات فی مکعب ملی میٹر بجائے ۸۰۰۰ یا ۹۰۰۰ کے ۲۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰ تک ہوتے ہیں، اور سرخ جیسات ۳۰۰۰۰ سے لے کر ۲۰۰۰۰۰ تک، یا بلکہ اتنے کم کہ ۱۰۰۰۰۰ ہو سکتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نما اکائی سے کم ہوتا ہے، لیکن اگر آخری درجوں میں کبیرنا بعضی رد عمل ہو تو وہ بلند ہونے کا رجحان رکھتا ہے،

جس میں سرخ خلیے متلف عدم دمویت کے میز خصائص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپید خلیوں کا تعلق ہے منظرِ خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے، جس میں سفید شمار کیتھدر کم ہوتا ہے۔

مرض کے نسبتاً ابتدائی درجے میں، بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو، کثیر الاشکال نواتی خلیے نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اُن میں سے بیشتر معمول کے نسبت بہت بڑے، اور بعض صریحاً اسنخاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعد لیتی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات نسل نما ہوتے ہیں، اور چند تمثیلی ذراتی اور ایوسین پسند لیتی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور مستولی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں، لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے نسبتاً بعد کے درجے میں چند ہی طبعی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن پیش سپید خلیے، لمفی خلیے، پیش لیتی خلیے اور مستولی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لیتی نامہضات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر مَر مرض سریع ہے (لمبی نامہضی بیض دمویت = myeloblastic leukaemia) تو نسبتاً زیادہ اولیں خلیات، یعنی لیتی نامہضات، ابتدائی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں، اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں، اور دموئی لو جسے بھی کم ہو جاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ لَحال کا وزن اکثر ۱۰ یا ۱۲ پاؤنڈ ہوتا ہے، لیکن ۸ پاؤنڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ کیساں طور پر بڑی ہو جاتی ہے اور اپنی طبعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی چکیاں موجود ہوتی ہیں، اور وہ دیوارِ شکم، ڈایا فرام یا متصلہ احشاء سے کم و بیش چسپی ہوئی ہوتی ہے۔ ترانے پر اس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کیتھدر بھورا سا ہوتا ہے، جو کیساں ہوتا ہے، یا سہکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتاً پھیکے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فائے نامہضات ہوتے ہیں، جو یا تو زرد اور جھبی یا سرخ اور زرنفی ہوتے ہیں۔ خود لَحال میں جو تغیر ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ لَحالی کُت بہت بڑھ جاتا ہے، جو انہیں خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پای جاتے ہیں، اور مالفیجی اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنہ اصابتوں میں سہکل زیادہ لینی اور سہکلیں زیادہ دبیز ہو جاتی ہیں۔

جگہ بڑھا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کی جسامت معمول کے نسبت دو گنی یا تین گنی ہو جائے۔ وہ پھیکے رنگ کا اور چکنا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ خرد بین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف درریش (لبی خلوی درریش) ظاہر کرے جن کی بیشتر تعداد باقی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے لیکن ایک حد تک گریہ کی تودوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پر ہوتے ہیں۔ گس دے پھیکے رنگ کے اور مادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں جو قشری ایندبات کے درمیان وھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التهاب الفم یا التهاب بلعوم لوزیلین کا ورم اور زبان کی جڑ میں کے جوابات کا ورم اور معائ کے جوابات کا ورم اور قح بھی ہو۔ تیموسی (thymus) دھرقی (thyroid) اور فوق الکلیہ غلہ بھی مرضی ہو سکتے ہیں اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے پر نرخی مفعات پیش کرتے ہیں۔ لب عظام زرد اور یریم نما یا گلابی اور سخت ہوتا اور لب کی چربی کے بجائے فاعلی لب جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے جس میں لبی خلیات اور لوات دار سرخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں اور لبتی ناہضات یا بڑے لمفی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے دماغی نرغ کے علاوہ دماغ اور نخاع میں منتشر قصلی تغیرات اور حاد التهاب کے منتشر رقبے پائے گئے ہیں۔

440

علامات۔ حاد لبتی ناھضی بیض دمویت (acute myeloblastic leukaemia)۔ ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویوں میں سب سے زیادہ حاد ہو اور ایک مریض میں مرض کا سارا نمبر ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22)۔ خون کے اندر لبتی ناہضات کی تعداد اور عدم دمویت دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزمن لبتی خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر المتعداد نرغات ہوتے ہیں۔

مزمن لبتی خلوی بیض دمویت (chronic myelocytic leukaemia)۔

بیض دمویت کے ابتدائی علامات میں سے کثیر المتعداد اصابتوں میں ورم شکم ہے جو کلانی طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ کلانی بلا کوئی امارت ظاہر کرے کچھ عرصہ سے نمایاں ہوتی رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یہ شکم کی سردی بائیں جانب میں ممکن پائی جائے اور ایک مضبوط سخت رسولی بناوے جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اس کا اگلا حاشیہ نویں ضلعی کمری کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لیول پر خط درمیان میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اس کے نیچے ۲ یا ۳ انچہ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ محل وقوع اس کے عروق سے اس کی چسپیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو اسے ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر برابر بڑھنے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکمی محوری شریان ہے۔ اس کا اگلا کنارہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کٹاؤ پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں طحال ملیں پائی کلا نیوں کی طرح اور جیسا کہ تب محرقہ کی بعض اصابتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مرقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معتدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی حاشیہ سے نیچے ۲ یا ۳ انچہ تک محسوس ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی ماؤفیت بعض اوقات دبانے سے یا متناظر بڑی کا قعر کرنے سے اہمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمویت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا شحوب پایا جاتا ہے، تاخیر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، بھر اور نزفات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص رُغاف، مسوڑھوں اور منہ سے اوماڑ اور جلد کے نیچے پر پورانی دھبوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں گردوں، یا رحم سے ادماء، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزف ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آسکتے ہیں، اور ان کے ساتھ سپید دھاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ سپید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیہ سے ویدیں اکثر نمایاں طور پر پیچدار ہوتی ہیں (بیض دمویۃ التهاب شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

مرض کا عمر عموماً ممتدتی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اس کا خاتمہ بالاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شحوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے آذیمائی ہو جاتے ہیں، ممکن ہے کہ استسقاء شکمی اور استسقاء الصدر متزاہد ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور اختلاج

اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود ہوتی ہے۔ بالآخر نقصان خون، ہناکت، اسہال، ذات الجنب، ذات الریہ، شعی الہتہاب یا اتساع قلب ہے، اور کبھی کبھی دماغی نرف سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص - تشخیص کا انحصار کلانی طحال (ملاحظہ ہو صفحہ 453) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیض دمویت نمایاں ہو۔

امداد راخراٹا موافق ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی طالت پذیر ہو جائے۔ لہذا ہاضمی بیض دمویت ابتدائی مرحلہ میں مہلک ہو جاتی ہے۔

علاج - سنگھاری وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ توقعات پیدا ہو گئی ہیں۔ اسے بالاستعمال اور جب تک اس کی برواشت پانی بجائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، اور اس کے استعمال سے طحال کی کلانی اور سپید خلیوں کی تعداد بہت کم ہو گئی ہے۔ بنیزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اس کی روزانہ معاد ۳۰، ۴۰ یا ۹۰ قطرے ہیں جو کیوں کے اندر روغن زیتون کی مادی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اس علاج کو تیلنگ (Selling) نے رائج کیا جس نے دریافت کیا کہ بنیزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید خلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہو گئے۔ عمیق لاشعاعی علاج طحالی خطے اور لمبی ہڈیوں (عظم الفخذ) کے برنامیوں پر لگانے سے سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت دونوں کو کم کر دینے کا قطعی اثر رکھتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبعی حالت کے ہو جائیں۔ جب سپید خلیوں کی تعداد کم ہو کر ۳۰۰۰۰ اور ۴۰۰۰۰ کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کر دینا چاہئے، کیونکہ ان کا فضل کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتا ہے۔ اس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید خلیات اپنی اکال خلوی قوت برقرار رکھیں (35)۔

طحال برآری (splenectomy) بہبوط یا نرف کے باعث ہمیشہ مہلک ہوتی ہے۔

لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukæmia)

لمفی خلیوں، لمف، آسایا، غیر ذراتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukæmia ;

lymphocythæmia)

یہ لمفی خلیوں قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔
خون کی حالت - مزمن لمفی خلیوں بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہوجاتے
ہیں، لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔
چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلیوں شمار ۱۰۰۰۰ ہو، اور ان میں سے ۹۵ فی صدی
یا سب مل کر ۹۵۰۰ لمفی خلیے ہوں اور باقی ماندہ ۵۰۰ کثیر الاشکال ہوتے ہیں
جن کے ساتھ چند ایوسین پسند اور متولی خلیات ہوتے ہیں۔ مادمفی بیض دمویت
میں جو ایک سرخی ممر رکھتی ہے نسبت بڑے غیر پختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے
ہیں۔ لیکن ان کو لمبی ناہضی بیض دمویت کے لمبی ناہضیات سے تمیز کرنا اگر ناممکن نہیں
تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سپید خلیوں کی مجموعی تعداد فی مکعب
ملی میٹر طبی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو، لیکن اگر اس میں
بھی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی مکعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے
غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہو جانی چاہئے۔ ایسی
اصابتوں کو اکثر غیر بیض دمویتی بیض دمویت (aleukæmia leukæmia)
کہتے ہیں۔ یہ لمفی لمی سلمہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں
لمفی عدد اور خون کا نیجہاتی منظر بالکل مائل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ امتیاز
جو لمفی لمی سلمہ کے طور پر شروع ہوتی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم
ہوئی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عدم دمویت ہوتی ہے جس میں چند نوات دار سرخ
خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لمبی خلیوں بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کبیر
ناہضی رد عمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر تلف عدم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات - حاد لمفی خلوی بیض دمویٹ (acute lymphocytic

leukaemia) یہ دونوں صنفوں میں اور سات اور اٹھاون سال کے درمیان ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار مہینوں کے درمیان ہر ملک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کلمندی یا دردِ طحال یا دردِ مفصل کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے۔ بیرونی غدو بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ طحال اور جگر کی خفیف کلائی موجود ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ہڈیاں الیم ہوں۔ لُب شروع سے لمفی خلیوں سے گھسا ہوا ہوتا ہے اور اس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں شدید التهابِ الفم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے جس کے ساتھ مسوڑھوں کا اغشاء اور گنگرین ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی تپ، اور مسوڑھوں اور آنٹوں سے اور جلد کے نیچے نزقات واقع ہوتے ہیں۔ جسم کے بہت سے ٹھوس غدو لمفی خلیوں سے گنجان طور پر گھسے ہوئے ہوتے ہیں اور ایسا سلسلے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں مثلاً جگر، طحال، گردے، سرگردے، لمبلیہ ریتی غدو، اور دسمی غدو۔ اور غدو تیموسہ علی حالہ موجود رہتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلہ قلب بھی لمفی خلیوں سے درریختہ ہو۔ محری شحم کی بیض دمویٹ درریختگی کے باعث مجموعاً الیمین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خاتمہ سے پہلے استقنا ہو جاتا ہے۔

لمفی خلوی بیض دمویٹ کے برعکس لمفی خلوی بیض دمویٹ میں طحال شاذ ہی اتنی بڑی ہوتی ہے اور سارے جسم کے لمفاتی غدو اور اعضا، عنقودی اور بے قناتی دونوں اکثر وسیع طور پر ماؤغنا ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوی بیض دمویٹ (chronic lymphocytic

leukaemia) یہ مرض جو ممکن ہے کہ تقریباً پانچ مہینوں یا ایک سال سے لے کر بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفاتی غدو میں شروع ہو کر ان کے گرد ہوں کو یکے بعد دیگرے ماکوف کرتا جاتا ہے، یہاں تک کہ جسم پر کے تمام

لمفائی غدہ ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گرون، بَن ران یا بفل میں محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرہ بالا غدہ کے نسبت ماساتی غدہ اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن خلف الباریطون، صدری، بانی، اور حرقفی غدہ نسبت کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تراشنے پر غدہ سپیدی پل گلابی رنگ کے اور خردبین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متدد نظر آتے ہیں۔ ازان لُب عظام ماؤف ہو جاتا اور لمفی خلیوں سے بھرا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عدمِ مویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لُبی خلوی بیض و مویت کے نسبت اس میں نرف کارجمان کمتر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ حیوی اعضا پر غدہ کے وباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے اُن کی درخیزی ہو جانے سے، یا ویدی عظمت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ ان مزمن اصابتوں میں لمحال اور جگر بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

442

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شحوب ہو، یا غدہ لوزتین یا طحال بڑے ہوں، یا نرفات، یا پریورائوں، یا مسوڑھوں کا اغشاء ہو، خون کا امتحان کر کے لمفی خلیوں کی تخمین احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔ اندازاً اصابتوں میں بڑا ہوتا ہے جن میں منکھیا سے یا عمیق الاشاعوں کے ذریعہ علانج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم سر بیج اصابتوں میں ان دواؤں کو آزمانا چاہئے۔

سلسلہ اخضر (chloroma)۔ لمفی بیض و مویت کے ساتھ قریبی تعلقات پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلسلہ اخضر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر التعداد رسولیاں یا لمف آسامطروحات، بالخصوص مجرین میں (جس سے مجموعاً العین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے) صدغی خفرات میں اور کھوپری کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں ملتہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضا مثلاً گروہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ رسولیاں دوران زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الاخضر = green cancer) جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لُب آسامطہ اخضر (myeloid chloroma) کی

اصابتیں شاذ تر ہوتی ہیں۔
 موت کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں، جو تکشف کرنے پر
 پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور لمفی غدود، طحال، کب، عظام اور دوسرے اعضا ویسی ہی حالت میں
 ہوتے ہیں جیسی کہ لمفی خلوی بیض دمویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی ہستیتی
 ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صبغہ صفرانیہ نہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز
 رنگ ہے جو کہ اکثر پیپ میں دیکھا جاتا ہے۔

کثرتِ خلیاتِ احمر

(POLYCYTHÆMIA RUBRA)

کثیر خلوی دمویت (polycythæmia) یا کثرتِ خلیاتِ احمر جس میں
 خون کے سُرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں (۱) سرخ خلیے بنانے والے اعضا کے ادلی مرض
 کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر دمویت = erythræmia) (۲) اور دورانی یا
 تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے جس سے آکسیجن کی قلت واقع
 ہو جائے اور جس کی تعویض کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضروری ہو
 جیسے کہ پیدائشی مرض قلب میں۔ اس ثانوی کثرتِ خلیاتِ احمر کو احمر خلویت
 (erythrocytosis) کہتے ہیں۔

کثرتِ خلیاتِ احمر کی اصابتوں میں اس سبب سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

احمر دمویت

(erythræmia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی
 ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حدود سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کی
 نمایاں یا شدید شکل میں سُرخ جیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ اور اطمین سے
 لے کر ۱۲ اطمین تک مختلف ہوتی ہے، اور اگر خون کو ٹھیرا رہنے دیا جائے تو دیکھا جاتا ہے کہ

جیات سیال کے ۹ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلوبن طبعی سے ۱۳۰، ۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتی ہے۔ کوئی قوت نما ادنیٰ ہوتا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ سپید خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی مکعب ملی میٹر ۲۴۰۰۰ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیر الاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت نیچگی یا چوگنی ہو جاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصہ ترویج کا معمول کے نسبت نیچے یا زیادہ ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

مرضی تشریح۔ کلاں شدہ طحال محقق ہوتی ہے، اور طحالی لب کی بیش تکوین اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمرناضی یا لب آسفا لیت کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ لمفی غدو بالعموم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ مگر ممکن ہے محقق ہو۔ لب عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور شحمی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا، چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تکوین کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

امراضیات۔ اسی کے مطابق اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسئلہ فطریہ یہ ہے کہ کسی نہ کسی سبب سے لب عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی باقراط تکوین ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات ثانوی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر، باقوئل میں آئینجن کی احتیاج کا ثانوی نتیجہ ہے۔ وہ مرضی جو آئینجنی کو شک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

علامات۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جو حالتیں عموماً پائی جاتی ہیں

443

یہ ہیں:— ذراق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلائی۔ زراق بالخصوص چہرے کا لون اور مخاطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ الف صفحہ 483)۔ چہرہ پر ایک مخصوص و ممیز جبک یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کہبت بھی، چنانچہ مصل وان ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (88)۔ شبکیہ کی وریدیں محقق اور نہایت سیاہ ہوتی ہیں۔ مریض کو درد سر یا سر میں ایک پری کا احساس ہوتا ہے، آئینگی دوران سر سورہضم، قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے

اور مختلف اقام کے نزقات ہو جاتے ہیں، جن میں رُخاف، مسوڑھوں سے خون آنا، کثرتِ طمٹ، تھلہم اور داغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے، جس سے علقی التهاب العسرق النطاسی (thrombo-angiitis obliterans) 'معدہ متوقف' عرجان (intermittent claudication) اور حرقی وجع الجوارح (erythro-melalgia) یا داء النفس کے پیدا ہو جاتا ہے۔ گردے ممکن ہے متاثر ہو جائیں۔ ممکن ہے نفیس ہو اور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (38)۔ بعض اصابتوں میں وسیع وریدی علقیت واقع ہو گئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے "کثرتِ خلیاتِ احمر معدہ کلانی" طحال (polycythemia with splenomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں، جو نسبتاً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلانی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۳۰۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منہ اکثر تنادار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ان کا قلب بیش پرورہ ہو، ان کے پیشاب میں البیومن ہو، اور ان میں صلابت الشرائین کے امارات موجود ہوں۔ ان امارات کو ابتداءً گیس بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش نشئی کثرتِ خلیاتِ احمر (polycythemia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمر دسویت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا داغی عروق پیچیدگیوں سے یا تدریجاً سے ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً فصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے۔ ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کے ذریعہ سے ہر چھٹے مہینے ۱۰ پائونٹ سے لے کر ا پائونٹ تک خون نکال دینا چاہئے۔ خون کی تجفید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہئے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالتے وقت کیا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے لاشعاعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فینیل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) روزانہ ۱۰۰ گرام براہِ دہن استعمال کی گئی ہے۔

احمر خلویت

(erythrocytosis)

اس اصطلاح کے تحت اُن امابتوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیاتِ احمر لُبِ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر = Parkes Weber) لیکن اس فعالیت کی تہیج قابلِ شناخت مابقی حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزین قلبی اور ریوی ضررات سے بنتا ہے جن میں سے قلب کا پیدا شدہ تشوہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات اکتسابی مصرعی مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزین ریوی امراض ہیں جن کے ساتھ زراق کا ہونا ممکن ہے (مرض آیرزا = Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل تار کد لُبِ عظام کے لئے تہیج کا کام دیتا ہے۔ ”میں زدہ“ مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجنی کو شک کے اندر (جس میں ۴۰ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufton)۔ ایک اور گروہ اُن اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بنتا ہے جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں، جہاں خلیاتِ احمر کی زیادتی، اس قلیل آکسیجنی تنفس کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے چال ہونے والی ہوا میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیاتِ احمر فاسفورس اور کاربن مانکسائیڈ کے مزین قسم میں اور ایڈیسن (Addison) کے مرض اور ذیابیطس قوایں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر دمویت میں ہوتا ہے، سرخ جیمات سا، آٹھ یا نو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزوجت دونوں مقدار میں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن دمویت

(HÆMOGLOBINÆMIA)

ہیموگلوبن دمویت اس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروقِ دموید کے اندر

دموی حییات کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہو کر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اُسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور حییات و موی بینڈ (rouleaux) بنانے کا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم مویت مع کسی قدر بوتلموں خلویات اور خلوی لاتاوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی شاحب جیسے (سایہ نازجسمی) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہو کر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو ہیموگلوبن دمویات کہتے ہیں اور یہ دمبولیت سے متفرق ہوتی ہے جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اُس کے حییات لے ہوئے ہوتے ہیں اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ حییات کی سطحوں سے منعکس ہو جاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویات میں پیشاب سبز اور زر حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا ہے جو کہ کسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر کسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے نہ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف تر حملوں میں غالباً حییات کی بہت مختوری تعداد متکسر ہوتی ہے ہمیشہ جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابیوں پیشاب میں خارج ہو جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پائی جاتی ہے گلابیولن ہوتی ہے نہ کہ معلی البیومن (serum albumin)۔

حییات کا جزئی اتلاف (دم یا شدید لگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے۔ (۱) بعض سموم کے فعل سے مثلاً کلورائیٹ آف پوٹاشیم کی بڑی مقداروں پاؤرو گیا لک ایسڈ (pyrogallie acid)، آرسینیورٹھڈ انڈروجن (arseniuretted hydrogen) اور نیفتھال (naphthol) سے۔ (۲) ناموافق خون کے نقل الدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں تکشف سے جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالامار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حمیات کے فعل سے، اسی واسطے حملی قرمزہ اور تپ محرقہ سے معتدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویات پیدا ہو سکتی ہے۔ (۵) میل یا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دوری ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سی دم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں مل سکتی ہے۔

دوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal haemoglobinuria)

اس مقابلہ شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفرادی حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بحث اسباب - یہ نوعمر بالغوں اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اشخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور اناتش کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چند اصابتوں میں طیرائی قسم کی سرگزشت اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری اسباب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات - سردی کی وجہ سے دم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکانی سٹی ہیمو لائسین (haemolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابلیں کے طور پر جسم کے ساتھ تعامل کر لیتی ہے۔ سردی کے اثر سے، اور ازاں بعد گرمی کی واپسی پر متمم کے تعاون سے جسم کا اتلاف واقع ہو جاتا ہے۔ یہ متمم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے اور یہ بتلادیا گیا ہے کہ مریض کے متصل سے طبعی جیسات کی دم پاشیدگی ہو جائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جیسات میں شکست و ریخت کی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سہی اصلیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگزشت یا شہادت اور مثبت تعامل و آزرمن موجود ہوتا ہے۔ علامات - حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں نڈ حال بن مکان، جمالی لینے کے رجحان، جاڑا لگنے یا قشریرہ، اعضا شکنی، متلی، قے، اسپہال اور در شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرض ریناڈ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے، (ملاحظہ ہو صفحہ 310) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہو جاتی ہیں۔

تپش کا ابتداء میں مرتفع ہو جانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہو جاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر اور طحال کی خفیف کلائی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا صرف تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے، لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البینیون اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور حلوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے، اور بہت سے حملے یکے بعد دیگرے جلد جلد ہونے سے مریض میں خرد خردی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بولیت بذاتہ خطرناک نہیں۔

علاج۔ سردی میں تکشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہئے، گرم کمرے میں رہائش رکھنا چاہئے، اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آئیوڈائیڈ، بزمہ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا چاہئے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHAEMOGLOBINÆMIA AND SULPHAEMOGLOBINÆMIA)

(enterogenous cyanosis = معازا دنہ راق)

(microbic cyanosis = خرد عضویتی نہ راق)

نشاذ اصابتوں میں جسامت کی آکسی ہیموگلوبن کے، میٹ ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہوجانے سے، جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کمبودی یا زراق پیدا ہوجاتا ہے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت (methaemoglobinæmia)۔ بعض ادویہ بالخصوص آلیٹانیلائیڈ (acetanilide)، فیناسٹین (phenocetin) وغیرہ پائیرین (antipyrin)، ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے، اور کول تارہی حاصلات (coal-tar products)، نائٹرو بنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے وفاتات کا استنشاق کرنے سے، نیز بعض معوی ضررات میں نائٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ اسہال ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور

جب کہ نائٹرائٹس کی پیدائش عضویوں مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہو سکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر خلوی دمویت موجود رہی ہے، اور بعض اوقات طحال کی کلائی اور ماتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرزشکی ریشوں کا رنگ پیسہ چاکولیٹ کی طرح ہو جاتا ہے۔ خون میں دم پاشیدگی نہیں ظاہر ہوتی، لیکن جیات نہایت سیاہ ہوتے ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی، کیونکہ نسبتہً تھوڑی سی ہیموگلوبن کے تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب عموماً طبعی ہوتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جائے۔ ادویہ سے تسکین ہونے کی صورت میں مقنی ادویہ اور معدے کی تغیل کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ چونکہ موت خرن کی آکسیجن بردار قوت کی کمی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، لہذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک خیمہ کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خود بخود طبعی ہو جاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobinæmia)۔ یہ مریض جن کو قبض ہوتا ہے، زراق کے حلوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جو بعض اوقات بے ہوشی پیدا کر دیتا ہے۔ حملہ میں دوسری علامتیں درد سر، متلی اور درد شکم ہیں۔ جیات میں کی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہو جاتی ہے۔ یہ شے اپنے اسخذا ابی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے، کیونکہ اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن کی حالت میں یہ دھاری بڑا پائیم سائنائڈ (potassium cyanide) ملانے پر غائب ہو جاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ترشہ سے معرکاربن مانا کسائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گذارا جائے۔ سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کے طرف ہٹ جاتی ہیں۔ میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح، یہ حالت بھی اپنی لائن کے مشتقات مثلاً ایسٹینی لائیڈ (acetanilide) اور فیناسٹین (phenacetine) کے تسکین سے پیدا ہوتی ہے، جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے معاء میں گندھک کے مرکبات کی سکون پائی جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ ایک صادق معاذ اور زراق ہو جو کہ کلیتہً معاء میں خود بخود

تیار شدہ زہروں کا نتیجہ ہو، اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹامو گلو بن دمویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہذا اگر کول تاروی ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زراق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹامو گلو بن ہو نہ کہ میٹامو گلو بن۔ ایک مریض میں سلف میٹامو گلو بن موت اور میٹامو گلو بن دمویت کی ہنزاں موجودگی بھی بیان کی گئی (۷۶۸)۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہئے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

پر پیورا

(نزفی مزاج)

اس اصطلاح کا اطلاق اس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزفات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دوڑے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزفات متعدد امراض، مثلاً قرمز (scarlatina)، خسرہ، چیچک، طاعون، دماغی نچاعی تپ، اور طاعون میں ہو کرتے ہیں۔ نیز کہبت، جگر کے حاواصفرو بول، اور بیض دمویت (leukæmia) غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia) اور خبیث لمبی سلمی بالیدوں میں۔ خبیث التهاب درون قلب، اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض عصبی امراض مثلاً نزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزفاست کا ذکر نیز فیضیت (hæmophilia)، مرض یا جکن، مرض برائٹ اور اسکرووی (scurvy) کے تعلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے قسم ہونے کے راستہ نتیجہ کے طور پر نیز فیضیت پوٹاسیم آیوڈائیڈ کی بیش معاد دینے سے، یا بنزال (benzol) یا اس کے خاص جز بنزین (benzene) کے تجارتی استعمال (ہاتھ لگانے اور استنشق کرنے) سے

پیدا ہو جاتی ہے۔ ان سب اصابتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نرف کا کوئی سبب موجود ہے، اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا زہر ہوتا ہے۔

اقولی یا خود زو پر پیوریا سریری طور پر جب ذیل اقسام میں منقسم ہے:-

(ا) سادہ (simplex) 'نفزنی' (haemorrhagica) 'خفاطف'

(fulminans) پر پیوریا۔ (ب) ہینالک کا پیوریا (Henoch's purpura)

اور ریشیتی پی پیوریا (purpura rheumatica) (کلاحت ریشیتی peliosis

rheumatica = یا مرض شان لین = Schonlein's disease) جس میں شری

اور پر پیوریا دونوں ہوتے ہیں اور بسا اوقات پر پیوریا کی نسبت شری زیادہ نمایاں

ہوتی ہے (39)۔ اس گروہ کے لئے بعض اوقات استھداف نما پر پیوریا کی اصطلاح

استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات - پر پیوریا کی شدید اصابتوں میں عمومی زمانہ کے دوران میں

خون میں سے ایک دم پاش نبتہ سببیہ علیحدہ کیا جاسکتا ہے اور مہلک اصابتوں میں

قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ اور طی کا درجہ اکثر صبتہ ہیروکلوٹن

سے رنگین ہوتا ہے۔ ان واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضو یہ اس مرض کا سبب

ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اس طرح عمل کرتا ہو کہ عروق شریہ کی نفوذ پذیری کو

زیادہ کر کے بافتوں کے اندر پلازما کے خروج اور سرخ جسامت کی پارہت کا موقع

بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پر پیوریا حساسیتی صدمہ (allergic shock) سے

پیدا ہو جاتے ہیں۔

اگر نرف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔

ایک چمبن سے لئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ تروییب طبعی ہوتا ہے،

لیکن بعد کے قطروں کا عرصہ تروییب ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)۔ شاید

یہی وجہ ہے کہ "عرصہ ادما" (ملاحظہ ہو صفحہ 423) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون

جم جانے کے بعد تھکا ٹکڑا نہیں اور نہ مصل کو باہر رکنے دیتا ہے (26, 29)۔

لب عظام کوئی ممیز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالبات کا زیادہ بار پڑتا

ہے اور عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکوینی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پریپیورا کی اکثریت میں دُموی لوجیہ غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں [یعنی فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰ تک ہوتی ہے)]۔ اس حالت کو قلتِ خلیاتِ علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔ بادی النظر میں اس کو پریپیورا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن قلتِ خلیاتِ علقی بذاتِ خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اسکروی میں جس میں اِدمات ہوتے ہیں اور ہتیناک کے پریپیورائیں لوجیے اور عرصہ جات اِدمات دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ اس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پریپیوراؤں میں درحکمہ کا تضرر ضروری عامل ہے، اور یہ لوجیوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لوجیہ اور درحملی خلیے دونوں لجاؤا تولید کے باہم قریبی تعلق رکھتے ہیں لہذا ازہرا جو خواہ لوجیہ کش مصل ہو یا بنیزال وغیرہ درحملہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لوجیوں کو تلف کر دیتا ہے (22)۔ اگر صرف اتنے ہی لوجیہ کش مصل کا اثر اب کیا جائے کہ جس سے لوجیہ تلف ہو جائیں تو پریپیورا نہیں پیدا ہوتا، چنانچہ قلتِ خلیاتِ علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لوجیہ اس لئے غائب ہو جاتے ہیں کہ وہ دائمی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پُر کرتے ہیں۔ لوجیہ لب سے پیدا ہوتے ہیں اور جب لب غیر تکوینی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انھیں لٹھال تلف کرتی ہے، اور لٹھال کا استیصال کرنے سے اُن کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات - پریپیورا کی خفیف ترین شکلوں (سادہ پریپیورا P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں پھیکے سرخ، گہرے سرخ یا نیلگوں ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں، قطر میں ایک ملی میٹر سے لے کر ۱/۲ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبائے سے غائب نہیں ہوتے، اور جب ایسی چھوٹی جامنت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد بھوری

یا زرد جھلک کا ہو کر کھلا جاتا ہے، اور نسبت بڑی چمکتیاں بدیہی طور پر تغیرات کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کوفتگی کے لئے مخصوص و ممیز ہیں۔ اس دوران کے ساتھ بنیٰ اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کا رنگ شاحب ہو اور اس کی اشتہا جاتی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447 شدید اصابتوں میں نزفات زیادہ وسیع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ زیر جلد خون کے بڑے تودے جلد کو اوپر اٹھا دیں، اور مختلف مخاطی اغشیہ سے بھی ادا ہوتا ہے (نزفی پس پیٹورا = P. hæmorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن، معدے، اور آنکھوں، گردوں، نسوانی تناسلی اعضا، اور کبھی کبھی شیمی غشائے مخاطی سے خون آ سکتا ہے۔ اسکردی کی طرح مسوڑھے کبھی متورم نہیں ہوتے، ایسکے بعض اوقات ان کے جرم میں ایک نزفی داغ دکھائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ پیش کینقد بلند ہو، اور ایک ایسا درجہ انبساط طاری ہو جاتا ہے جو موت میں ختم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان بعد المات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں، حوض کلیہ میں، پلیٹورا، تار مور، باریطون، سحایا، بلکہ پیچیمپٹوں اور لب عظام تک میں دوسرے کمات ظاہر ہوں۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف موت کا سبب ہو جائے۔ مائی غشائے مخاطی کا اغثات اور تقرج بھی پایا گیا ہے، جس سے انتحاب اور التاب باریطون پیدا ہو جاتے ہیں۔ مخاطف پر پیٹورا (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں مہلک ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمزیه (scarlatina) کے بعد واقع ہوتی ہیں۔

ہیناک کے پر پیٹورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضراحماری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہو سکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نزف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ مفصلی درد اور ام درد شکم کے حملے آتے اور آنت سے نزف، اور دم بولیت پائے جاتے ہیں۔ لحال قدرے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے، اور ہفتوں یا مہینوں کے دوران میں بار بار مکرر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف

ہوتی ہے، اور پریپٹورائی ٹوران اکثر آخر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں عدم دوسیت یا قلت خلیات علتی کیوں مفقود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہو جانے سے حاد ریت کی تشخیص ہو جانے کا امکان ہے، اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ درد شکم، قے، اور تمدد سے بعض اوقات معوی تسمد (intestinal obstruction) یا التهاب زائدہ و ودیہ کا گمان ہو سکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انفادالامعار (intussusception) کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ جب شکمی علامات تہنا موجود ہوں تو شکم شگافی کا علیہ کر دیا گیا ہے اور مفروضہ انفادالانت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبابی خون سے در ریختہ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیومن ہو اور خون یا سبک یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں ہلک ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شغایاب ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں البیومن بولیت مہینوں جاری رہ سکتی ہے۔ رنیتی پریپٹورا (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً تیناک کے پریپٹورا کی ایک خفیف شکل ہے حاد منصلی التهاب نمایاں ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہی پریپٹوری احمرار اور شرعی ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ التهاب دروں قلبہ اور التهاب گرد قلبہ ہوں۔

تشخیص - تشخیص کرتے وقت پہلے پیراگراف میں بیان کئے ہوئے نشی اور ان کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کر دینا چاہئے۔ اسکرووی کی شناخت مسوڑھوں کی سفنجی حالت، تحت الجلد یاردائی قصلت (fascial indurations) سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ جبذ لحر سلعی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نرئی پریپٹورا سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ یا اور کھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غریبوں کے بچے کیلک گوبدگی (flea-bites) کے بعد وسیع نشی ٹوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دھتے یکساں طور پر آپین کے ہرے کے برابر ہوتے ہیں۔ ضغط الغبض پیمانرئی مزاج کے لئے ایک مفید کاشفہ ہم پہنچانا جو بازو پر اتنا دباؤ کہ جو نبض کو مٹا دے کر دینے کے لئے کافی ہو، دوسنٹ تک عمل نہیں لایا

جاتا ہے۔ اگر کاشفہ مثبت ہو تو پیش بازو پر پر پیورا نمودار ہو جاتا ہے، جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

علاج۔ عفونی مرکبوں کا استیصال کر دینا چاہئے۔ نسبتاً خفیف تر اصابتوں میں بستر میں آرام، مقوی ادویہ اور عمدہ سادہ غذا اکثر بہ سرعت شفا بخش ہوں گے۔ جب پر پیورا خاص کرجاج زیرین کو ماؤف کرتا ہے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بستر اختیار کرتے ہی غائب ہو جاتا ہے، اور اگر مریض جلدی کر کے پھر چلنا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہو جاتا ہے۔ لوہا، سنگھیا، اور کیوینین (quinine) معمولی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ کیلیم کلورائیڈ (اگرین) .. اٹھری پانی میں) یا تین سی سی کیلیم کلورائیڈ (calcium gluconate) کے حروں عصنی اشروبات روزانہ ایک بار مفید ہو سکتے ہیں۔ نیز اسی سی مصل کا اشراب کیا جاسکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جاسکتا ہے۔ قلت خلیات غلطی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اس طرح کہ جس طرح متلف عدم و مویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

شدید اصابتوں میں نقل الدم مفید ہو سکتا ہے، اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال و موی لوجیوں کو تلف کر رہی ہے، طحال کا استیصال کر دیا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ اعداد کیا گیا ہے کہ ایسکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہوا سکروی) کے اشروبات سے تمام اصابتوں میں فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظر ثانی کرنی پڑے گی جو کہ پر پیورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

نزیفیت

(HÆMOPHILIA)

نزیفیت ایک مرض ہے، جو تقریباً تمام تر مردوں تک محدود ہے اور جس کا تمیز خاصہ اودا ہونے کا رجحان ہے، جو خود بخود ہوا ضرب سے ہو۔ یہ مرض موروثی ہوتا ہے۔

اور عورت کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے، جو خود اس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ ”دانی“ (bleeder) کہلاتا ہے۔ ان امور میں یہ کاذب بیش پرورشی عضلی شکل (pseudo-hypertrophic muscular paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات - خون کا عرصہ ترویب بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے، جو ممکن ہے کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہو جائے۔ لہذا کسی چھوٹے سے نزف کو بھی جو اتفاقاً ہو جائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرا مبین (pro-thrombin) کی تکوین بہت تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو لوہے جو پروتھرا مبین پیدا کرتے ہیں طبعی تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا التراق بھی طبعی ہوتا ہے۔ تھرا موبکائیس (thrombokinas) لینے فائبرین خمیر کا دوسرا پیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (2)۔ لیکن پروتھرا مبین کا فائبرین خمیر میں تغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک استہدانی حالت پیدا کر دی جائے تو عرصہ ترویب بہت کم ہو جاتا ہے، اور علاج میں اسی سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور شرائین کا شیمی انحطاط جو بعض اصابتوں میں پایا جاتا ہے، غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نزفیت سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک اکتسابی قسم ہے جو کہ آتشک فائبرینوجن کی کمی، قلیل الکلس نزفیت جس میں سپت دموی کیلیم کم، اور حقیقی قلت خلیات علقی سے تعلق رکھتی ہے (42)۔ یہ حالتیں ان مومنث دامیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ گاہے لیتی ہیں۔ علامات - یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہو جاتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہو جاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک، سوڑھوں، اوردہن، سنے اور لبہ کم عام طور پر مدے، پھیپھڑوں، یا اعضائے تناسل سے خود بخود نزف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان سے پہلے پری کا احساس ہوا کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے علیے، مثلاً چھک کا ٹیکہ لگانے، دانٹ اکھاڑنے، پھوڑا چیرنے، یا انگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ مہلک نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ ان نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے باسانی نزف ہو کر کوفتگیاں یا خون کی رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مفاصل کے زلابی کہنوں اور بالخصوص گھٹنے کے جڑ میں

نزف ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عموں کے درمیان ہوتا ہے اور چوٹوں سے، یا سردی یا رطوبت میں تکشف سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑوں کی اس حالت کے ساتھ تنب بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہو جائے، لیکن پھر بار بار عود کرتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد مفصلی انضمامات کی وجہ سے مفصل جاسی یا تثبیت ہو جائے۔ عضلات کا ریشمی عارضہ اور توانائی ملائی عصب کا درد (trigeminal)

neuralgia) کبھی کبھی نزیفیت کی پیچ کیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ادماآت کے درمیانی وقفوں میں نزیفیت کے مریض بالکل تندرست نظر آئیں، لیکن خون ضایع ہو جانے سے عدم دموبیت پیدا ہو سکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصان خون سے ہلاک ہو جاتے ہیں اور اگرچہ اس زمانہ کے بعد ان کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں، ادھیڑ عمر میں بھی اسی طرح موت واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصہ تروییب زیادہ پایا جائے۔
علاج۔ سطحی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطہ ادما پر بیکار

تھکوں کو پونچھ کر نکال دینے کے بعد قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood)

کا نقل الدم عرصہ تروییب کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کر دیتا ہے۔ فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر مننزوف کا پانچ یا چھ ممکن الحصول معطیوں کے مقابلہ میں امتحان کر لینا چاہئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت اس میں سے کم از کم

443 ایک تو ہمیشہ دستیاب ہو سکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔

اس کے متبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہئے۔ اور یہ تیار ہی چھوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل

بھی کرنا مناسب ہے۔ دس دن پہلے اسی سی گھوڑے کے مصل کا تحت الجلد شرب کر کے مریض میں ایک فاعلی استہدانی حالت پیدا کرنا مثبت بہت کم یقینی ہے (41)۔

عرصہ ترویج میں کچھ کمی جگر کی غذا دے کر پیدا کی جاسکتی ہے، جس طرح کہ متکلف
ہدم و مویت (42) میں دی جاتی ہے۔ جب پلازما کی البیومن گلابیوں نسبت پرست ہو
(طلبی ہم بمقابلہ) تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہوا سکروی) ۲۰۰ ملی گرام بالغ کیلئے
اور ۱۰۰ ملی گرام بچہ کے لئے کامیاب ثابت ہوا ہے (43)۔

اگر مے ہوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی غسل اور ملکی مالش کام میں لائی جاسکتی ہو۔
کسی مہدم جس دوا کے زیر اثر انضمامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے، کیونکہ
اس میں تازہ نرف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے، لیکن یہ عمل پلازما حادثہ ہوئے
انجام دیا گیا ہے۔ اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے
اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بدیہی امر ہے کہ دامی خاندانوں کی
عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے، گو وہ خود نزیفیت کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تندرست شخص (معطی) = "donor"
کا خون لے کر اس کا اشتراک علاج کی غرض سے ایک مریض (یابندہ) = "recipient"
کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔ طب میں اس علاج کے داعیات حسب ذیل ہیں۔
(۱) سادہ نرف، مثلاً معدی اور اثنا عشری قرعہ، زحیرتپ محرقہ، بے محل حمل (ectopic
gestation) فوزائیدہ کا براز دم الاسود (melena neonatorum)۔ (۲) امراض
خون، مثلاً شدید پر پیورا، نزیفیت، ہدم و مویت، بیض و مویت۔ (۳) شدید
سیرائیس، مثلاً ساری التہاب، دروں قلبہ۔ (۴) شاید بعض تسمات، جیسے کہ مخطور
یوریا و مویت۔

وہ طریقہ ذرا نا پسندیدہ ہیں جن میں معطی کی شریان یا ورید پر شگاف
دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے، کیونکہ ان میں معطی کے لئے عفونت کا خطرہ کو خفیف مگر
صریح ہوتا ہے۔ اگر ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کو براہ راست وسطی یا سلیق ورید کے اندر

داخل کر کے اُس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو معطلی کے لئے کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ سوئی کی نوک کو ایک ارکناس پتھر پر تیز کرنا چاہئے اور عدد یا خوردین کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہئے۔ ”سائٹریٹ طریقتہ“ (citrate method) میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے ہو کر ایک ناپنے کے عقیقہ ظرف کے اندر آنے دیا جاتا ہے، جس میں تازہ کشید کئے ہوئے پانی سے بنائے ہوئے (سوڈیم سائٹریٹ کے ۳۰۸ فی صدی محلول کے ۱۶۰ سی سی خون کے ۱۰۰ سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد باؤ کے ذریعہ سے ہسٹو کی شرح زیادہ کر دی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہئے۔ تصفیق کے لئے ایک عقیقہ ستوانی قیف استعمال کی جاتی ہے، جس میں کھوڑا مالخ موجود ہوتا ہے اور ایک ربر کی نلی اور جیٹسکی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب شیشہ کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا داخل کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک دریچہ کا کام دے اور اس کا لیتین ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہو گئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشہ کی نلی میں داخل ہو جائے۔ پھر اسے اونچا اٹھا کر سائٹریٹ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیقہ شیشی بھی استعمال کی جاسکتی ہے تاکہ معطلی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مریض میں داخل کیا جاسکے اگر معطلی پر غشی طاری ہو جائے یا وہ شاحب پڑ جائے یا اسے پسینہ آنے لگے یا اگر اُس کی نبض ۶۰ سے کم ہو جائے تو خون نکالنا موقوف کر دینا چاہئے۔ فائبرین بودہ خون کے استعمال سے امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں، بالخصوص سرایتوں میں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹ خون کے نسبت فائبرین ر بودہ خون اپنے انفع سمیت یا ضد جراثیم خواص زیادہ حد تک قائم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ ملائے کے بجائے جب خون شیشی کے اندر یہ کرنا ہے تو اس کو ہلایا جاتا ہے جس سے فائبرین اس خمیدہ نلی پر تہ نشین ہو جاتی ہے، جو ڈاٹ سے نیچے شیشی کے پینڈے میں جا کر پھسرا دیا جاتی ہے۔ اس خون کو اشراب کرنے سے پہلے عقیقہ کا زین سے چھان لینا چاہئے تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں خارج ہو جائیں۔ ”مستاعی نقل الدم“ (immuno-transfusion) میں معطلی کو پہلے سے شمع کر لیا جاتا ہے یا خون کو

فی الزجاجہ منع کر لیا جاتا ہے۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے۔ معطی کا تعامل و آزر میں دیکھنا چاہئے اور معطی اور یا بندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے۔

موافقت (compatibility)۔ اگر معطی کے خلیے یا بندہ کے مصل سے

450

مترقی ہوں تو یہ کافی ہے۔ آخر الذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے مترقی نہ ہوں یہ ضروری نہیں، کیونکہ معطی کا مصل یا بندہ کے دوران خون میں جلد مرقق ہو جاتا ہے۔ موافقت کا امتحان کرنے کے لئے معطی کی انگلی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۵ درا فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے اور مصل کشدہ تعلیق کا ایک قطرہ ایک خرد بینی شریکہ پر یا بندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اسے ایک شیشہ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ چند منٹ کے بعد اس شریکہ کا خرد بینی امتحان التزاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں میں حسب ذیل کی گئی ہے :-

مصل				
گروہ ۱	گروہ ۲	گروہ ۳	گروہ ۴	
-	+	+	+	گروہ ۱
-	-	+	+	گروہ ۲
-	+	-	+	گروہ ۳
-	-	-	-	گروہ ۴

خلیات

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل مذکور رکھے جائیں تو کسی دئے ہوئے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جاسکتا ہے۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا التزاق کسی

ایک سے بھی واقع نہیں ہوتا، اور اسی واسطے گروہ م کے ارکان ہمیشہ معطیوں کے طور پر کام دے سکتے ہیں، لیکن عموماً زیادہ بے خطر طریقہ یہی ہے کہ معطی اور یا بندہ دونوں ایک ہی گروہ کے لئے جائیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ ایک عیار الوقتی کا ششہ (time-control test) قرین مصلحت ہے۔ یا بندہ کے مصل کو معروف ناموافقیت کے خون سے لئے ہوئے حیاتیات کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے، اور الزاق میں جو عرصہ لگتا ہے اس کو ملاحظہ کیا جاتا ہے۔ یہ آدھ گھنٹہ تک ہوا ہے، اور معطی کے خلیات کو بھی اسی عرصہ تک دیکھتے رہنا چاہئے۔ ... میں اتنا ۲ کی وہ شرح اموات جو کہ بظاہر موافق خون کے ساتھ واقع ہوتی ہے اس طریقہ سے کم ہو جاتی ہے (44)۔

خون کا تعامل اور ترشہ سمیت

(REACTION OF THE BLOOD AND ACIDOSIS)

کسی محلول کے تعامل کا انحصار اس کے ہائڈروجن رواناسٹ (CH) اور ہائڈراکسل روانات (COH) کے ارتکاز پر ہوتا ہے۔ جب تعامل تبدیلی ہو تو ہائڈروجن اور ہائڈراکسل روانات کا ارتکاز مساوی ہوتا ہے۔ جب وہ ترشی ہوتا ہے تو CH زیادہ اور COH کم ہوتا ہے۔ جب وہ قلوئی ہوتا ہے تو CH کم اور COH زیادہ ہوتا ہے۔ دونوں کا حاصل ضرب ہمیشہ مستقل رہتا ہے۔ تبدیلی نقطے اور جسمانی تپش پر یہ CH جسے ہائڈروجن کے فی لیٹر گراموں میں ظاہر کیا جاتا ہے، ۱۰-۷۵ x ۱۰-۷۵ ہوتا ہے، جو کہ ۱۰-۲۵۰ کے برابر ہے۔ شریانی خون کا CH تقریباً ۱۰-۷۵ ہے، جو ۱۰-۶۵ کے نسبت کم ہونے کی وجہ سے تعدیث سے کسی قدر قلوئی جانب پر ہوتا ہے۔ ان امور کو ظاہر کرنے کا جو طریقہ عموماً اختیار کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ لکھنا چاہئے کہ تعدیلی نقطہ پر (CH)PH کا لوکارتم ۴ ہے، جب کہ سادگی کی عرض سے علامت نفی کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔ خون کے CH کو مندرجہ ذیل مساوات سے ظاہر کیا جاتا ہے:—

$$CH = \frac{CO_2 \text{ کا دباؤ}}{\text{بانی کار بونیٹ کا ارتکاز}} \times \text{مستقل}$$

جب کہ CO_2 کا دباؤ خون میں حل شدہ CO_2 کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبی اشخاص میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ اس سے ذرا کم ہوتا ہے کہ جتنا پھیپھڑوں کے جو فیروں میں CO_2 کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس مساوی اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جاسکتے ہیں :-

جدول ۱۔ ترشہ، اساس توازن مختل ہونے کی مثالیں

451

۱۔ CO_2 کو متاثر کرنے والی -	۲۔ بانی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والی -
(ا) زیادتی - زیادہ تکوین :- تند ورزش -	(ا) کمی - ترشے یا امکانی ترشے
کئی اخراج - تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے پست ہو جانا - تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پھیپھڑوں کے مرض کی وجہ سے) -	$CaCl_2$ یا NH_4Cl بافراط نکلتا -
CO_2 میں سانس لینا -	ترشوں کی مفراط بخون :- لیکٹک ایسڈ ورزش میں -
	ترشوں کا تسکین نہ ہونا :- بالخصوص ایسٹوائٹک ایسڈ کا -
	ترشوں کا التهاب گردہ میں خارج نہ ہونا -
	اساس کا نقصان -
(ب) کمی - زائد تنفس :- ارادی، ہٹیریا میں جذباتی تکڑ میں محیطی مہیجات کے نتیجہ کے طور پر جمیات میں بلند ارتقاعات پر عناصر قلبی بھرتیں -	(ب) زیادتی - اساس
	$NaHCO_3$ یا امکانی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافراط نکلتا -
	ترشہ کا نقصان مثلاً معدی قولونی ناسو -
	اگر CO_2 کا جوابی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ CH زیادہ ہو جائے گا - بالفاظ دیگر خون غیر طبعی طور پر ترشی ہوگا - یہ حالت (ا) میں بتائی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور اسی کو ترشہ دمویت (acidemia) کہتے ہیں -
	جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہی چیز بانی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے - قلی دمویت (alkalæmia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں CH غیر طبعی طور پر کم ہو جاتا ہے - جیسا کہ

(ب) میں بتایا گیا ہے یہ CO_2 کی کمی سے پیدا ہو جاتی ہے یا جیسا کہ ۲ (ب) میں بتایا گیا ہے بائی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتفاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے CO_2 دھل کر خارج ہو جانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (بے دغالی) (۱'ب) اور بعض اوقات ٹیکٹرز (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہو جاتی ہے (۲'ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہو جاتی ہے۔

اگرچہ CO_2 کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے، لیکن بائی کاربونیٹ روں کا ارتکاز خون کے غیر طیان پذیر ترشی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشی مادے یہ ہیں:۔ آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترشے جو تحول کی اثناء میں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلو رائیڈ فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترشے جیسے کہ بیٹا آکسی بٹرک ایسڈ اور ایسیٹو اسٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں:۔ سوڈیم پوٹاشیم، کیلیم اور میگنیم۔ بائی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں CO_2 کی اس مقدار سے ناچا جاتا ہے جو کہ CO_2 کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ۴۰ ملی میٹر پر پائی جائے۔ اس کو خون کا قلیوی محفوظہ (alkali reserve) یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ (fixed CO_2) یا دھوی بائی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبعی قدر ۳ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۲۰ اور ۵ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

ترشہ سمیت (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداءً جسم کے اندر ایسیٹو اسٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بٹوٹائک ایسڈ کی پیدائش اور پیشاب کے اندر ان کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا جو ذیابیطس میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتاً حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلیوی محفوظہ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے خواہ یہ کسی بھی طریقہ سے پیدا ہو گئی ہو۔ لیکن دوسرے مصنفین نے اس اصطلاح کو خون کے CH کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے جو ایک بالکل

مختلف چیزیں ہیں۔ اصطلاحات کے اس خلط ملط کے باعث بہترین ہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے اور قلعوی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلعی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بُہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ نفاخ، دمہ اور شعبی التهاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شعبی تسدد میں جب کہ ان حالتوں کے ساتھ بُہر موجود ہو خون کے اندر CO_2 کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں 'ا' یا ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے، یہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) باوجود تنفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ ان میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بُہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلعوی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبعی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس بافتوں سے خون میں منتقل ہو جاتے ہیں۔

مطرائی مرض (mitral disease) کے بُہر میں زیادتی تنفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کم ہو جاتا ہے لہذا قلعی دمویت موجود ہوتی ہے ('ب')۔ قلعوی محفوظ طبعی ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام اُڈیا موجود نہ ہو۔ آخر الذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلعوی محفوظ کم ہو جائے۔

سریر یا قی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے، یہ حالتیں کیتونیسٹ، مزمن یا "ہناکتی" یوریا دمویت اور انشناج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیسٹ میں خون کے اندر ایسیٹو آکسیٹک ایسڈ اور بیٹا کسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا اولیٰ سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز تنفس کو تھج پہنچاتے ہیں جس سے تنفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائیڈ واصل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلعوی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائیڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی، چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں CO_2 میں کچھ زیادتی ناپی جاسکتی ہے۔ آخر درجوں میں تو مائے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترشہ دمویت واقع ہو جائے (۲) ذیابیطس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمویت، اُذیمائی التهاب گردہ، التهاب گردہ اور انشجاج کی ترشہ دمویت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روائوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمویت کے قوما کی ایک اصابت میں (۲) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے ۲۷ pH تھا۔ نفخ کی ایک اصابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ کا احتباس تھا (۱) موت سے چند ہفتے پہلے جب کہ مریض کال ہوش میں چلتا پھرتا تھا ۲۲ pH تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترشہ دمویت بذاتہ یوریا دمویت قوما کا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشی تھا۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ قوما خون میں محبوس شدہ ترشی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہو سکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایسٹو ایٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔ طبعی حمل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمویت طاری ہونے سے بہت پہلے قلوبی محفوظہ کی قابل پہچان کمی واقع ہو جاتی ہے۔ کثیر خلوی دمویت میں اور گیس گنگرین میں اور غالباً مختلف حموی حالتوں میں بھی قلوبی محفوظہ کم ہو جاتا ہے۔

اگر قریباً معدی قلوبی ناسور (۲) کے ذریعہ معدہ سے ترشہ صنایع ہو جائے تو قلوبی محفوظہ بڑھ کر قلوبی دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہو جاتی ہے اسی طرح جس طرح کہ کلیاں نکلنے کے بعد اور قلوبی دمویت کے باوجود پیشاب ترشی رہتا ہے (37)، کیونکہ ملح صنایع ہو جاتا ہے (47)۔

خون کے Ca کو نسبتہ تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانیے پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترشہ دو طرح سے خارج ہوتا ہے: (۱)۔ اساسی کے مقابلے میں ترشی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ تر شئی رہتا ہے۔ (ب) ایمنوینا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ مزوج ہو کر تعدیلی لمحات بنا دیتی ہے، جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایمنوینا بڑھ جاتی ہے۔ (ج) قلی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص قلی بہر میں اور بلند ارتفاعات پر واقع ہوتا ہے، جہاں CO_2 کا دباؤ بیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (ا) ب۔ پھر گردوں کی راہ سے قلی ضایع ہوتی ہے اور قلی محفوظ کم ہو کر قلی دمویت گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلی محفوظ کا CH کے تغیرات روکنے کا یہ فعل بافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے، جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں، بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی مثلاً قلی بنگلے کے بعد کیتون اجایم۔

تشخیص۔ سانس کا پھول جانا ترشہ دمویت کی ایک قیمتی دلالت ہے۔ لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے:۔ (الف) آکسیجن کی احتیاج (ب) معکوس فعل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت میں ہوتا ہے، جس میں تنفسی پیمپ دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی خراش (د) ترشہ دمویت خون میں کاربن ڈائی آکسائیڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا زراق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے، اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون جمجی مرض کے علامات موجود ہوں گے مثلاً دماغی زرف اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (۴) جہاں اولی ضرر شش مفقود ہو، جو غالباً کاربن ڈائی آکسائیڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ دمویت پیدا کر دیتا ہے وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلی محفوظ کی استتخیم سے معلوم ہوتا ہے، لیکن یہ بمشکل ایک سرسری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں:۔ (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نائٹروجن کے مقابلہ میں ایمنوینا نائٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبعی طور پر یہ ۳ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ دمویت کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیزی

453

کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیمائش کسی آلہ سے کی جاتی ہے، مثلاً فراکئی ڈیریشیا کے کاربن ڈائی آکسائیڈ میٹریک پیما (Fridericia's Co₂ tensimeter) سے جس میں ایک تخمین تقریباً دس منٹ لیتی ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے جو پشیا کو لیتس کے لئے قلوئی بنانے کے لئے براہ دہن بنی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلوئی محفوظ نہ کم ہو جائے تو نسبت زیادہ مقدار کی ضرورت ہوگی، اور اس کی شناخت کے لئے بستہ دریج بڑھتی ہوئی مقداریں تین تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کیتونیت کے جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے، اور دوسری حالتوں کے درمیان جن میں قلوئی محفوظ کی کمی اور ترشہ و موبیت ہوتی ہے، واضح فرق کیا جائے۔ پشیا میں فیکر کلورائڈ ملائی سے مہاگنی جیسا بھورا رنگ، اور راتھیرا (Rothera) یا لیگال (Legal) کے کاشفوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہونے سے، نیز سانس میں ایسیٹون کی بو ملنے سے کیتونیت کی تشخیص پر آسانی ہو سکتی ہے۔ کیتونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربوائیڈائیٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی، کہ جس سے ترشہ سمیت کارجمان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں دینے سے پیدا ہو جاتی ہے، جو قلی دموبیت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔

علاج۔ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ و موبیت بذاتہ کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلوئی محفوظ کی کمی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی متعین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائیڈائیٹ ایک ایک ڈرام کی معتادوں میں ہر دوسرے گھنٹے براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ حادثہ صابتوں میں عقیقہ دو فی صدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا دروں وریڈی اشراب کیا جاسکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر سموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں ان سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتو نیت کے تحت) اور ان کے اخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی تو ما کا علاج)۔

امراض طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اس کے فعل وقوع اور صامت کی تشخیص محض بذریعہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیر بغلی خطے میں نوبس، دیریں اور گیارھویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اضمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اضمیت اس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں بطنی سے گیارھویں پسلی کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عریض، ظہریہ کے اگلے حاشیہ کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہو جاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کے طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مرض گہری سانس لے نوبس اور دسویں ضلعی کریوں کے نیچے انگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ ان کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کلانی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آ جاتا ہے، چنانچہ وہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور کم و بیش شکم کے بائیں بالائی رُبع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں طحال نیچے رُباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کوناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر بڑھی ہوئی طحال ہمیشہ اضمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیریں پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کوٹھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤ ملتے ہیں۔ اگر کلانی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھینچاؤ ہو یا وزن کا احساس ہو۔

ممكن ہے کہ انفعالات کی تکوین یا اس سے پیدا ہو جانے والے گرد طحالی التهاب کی وجہ سے درموجود ہو، لیکن حتمیات کے ساتھ کی کلائیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 383۔

نیجیاتی نقطہ نظر سے طحال ایک لختکی ترتیب رکھتی ہے اور اسکی شریانی رسید یا تو (۱) بالیفجی جیمات کو جاتی ہے، جو محض چھوٹے لمفائی غدو میں (۲) یا وریدی جو فوں کو اور علی ہذا القیاس وریدوں کو (۳) لُب کو اور پھر ویلوں کے مسامات میں سے ہو کر براہ راست وریدوں کو وریدی جو فوں میں یا لُب میں داخل ہونے سے پہلے خون ہلکیلجی بنا اجسام میں سے ہو کر گذرتا ہے، جو شریانات پر واقع ہوتے ہیں اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصرعوں کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لُب یا وریدی جو فوں سے خون کو شریانی نظام کے اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لُب ایک متشبک جال سے بنتا ہے، جس پر کثیر قطبی خلیہ اور بڑے ایسائی اکال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین عناصر ملکر شبکی درجلی نظام بناتے ہیں۔

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجسام غریبہ کی خلوی اکالیست اور بے کار اور خستہ دموی جیمات کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی حجم کو کم و بیش کرنے کا کام بھی کرتی ہے، اور لُب میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور اس طرح دوران خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دوران نزف میں یا دوران ورزش میں یا حرارت میں تکشف ہونے پر جب کہ تبریدی اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے، یا اختناق کے دوران میں طحال سکڑ کر انہی طبعی جیمات کا پاؤ یا ۱/۲ حصہ رہ جائے (25)۔ دوران مرض میں طحال کی جیمات نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، جس کی وجہ غالباً ہی کم و بیش کرنے کا فعل ہے۔

اب ان امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا، جو طحال میں ممکن الوقع ہیں۔ ان کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے :-
فَعَال (مثلاً) (active congestion)۔ طحال بہت سے حاد و ساری

اعمال میں بڑی ہو جاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تپ مہوبہ، حمی، ناکسہ، اگیو (ague) اور دوسرے لیریا، حیات میں ذات الریہ، تقیح الدم، خبیث الہتہاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) پر پورا، سل ریوی اور حاد مدرن میں حمی نفاسیہ (puerperal fever) سرخ بادہ (erysipelas) اور آشک میں کیہ قدر کم کلانی ہوتی ہے۔ عروق شعریہ اور وریدی خون سے متہد اور پڑھتی ہیں۔ طحالی لب متوم اور کیہ طحال متہد ہوتا ہے۔ موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے اور لب پانی کی رو سے آسانی و حکم خارج ہو جاتا ہے۔ مینور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں ساری اعمال سے حسبِ بل سبجیا، تیغرات پیدا ہو جاتے ہیں:۔ لب کے خلیوں، بالخصوص غیر ذراتی زجاجی خلیوں اور درحلی خلیوں کی شدید خلوی اکالی فعالیت، چنانچہ ان میں کثیر التعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ لب میں لمبی خلیوں کی موجودگی۔ مالفیجی جسامت کی بدظاہر کلانی اُن کے گرد کے خلیوں کے متکثر کے باعث۔

الہتہاب طحال (splenitis) اور گرد طحالی الہتہاب (perisplenitis)۔

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عمل بیش دموبیت کے درجہ سے بڑھ کر حاد الہتہاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق عروق اور لب کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے ملنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ خراج عام الہتہاب طحال کا نہایت شاذ نتیجہ ہوتا ہے۔ الہتہاب طحال کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ کیہ کا الہتہاب، یعنی الہتہاب کیسہ (capsulitis) یا گرد طحالی الہتہاب (perisplenitis) ہو، اور اس کے نتیجے کے طور پر متصلہ اعضا یا جدار شکم کے ساتھ انضمام پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد یا مزمن الہتہاب کیہ بار بار امتحانات بعد المات میں پایا جاتا ہے، اور اس کا وقوع اکثر بالخصوص حاد شکل میں، ساری اعمال کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے۔

سداوی مفعیات (embolic infarcts)۔ یہ اُن فائبرینی ذرات

کے انفراز کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو قلب کے مصراعوں سے یا اس کے کہنوں میں علقا سے جدا ہو گئے ہوں۔ یہ مفعیات فائبرینی شکل یا مخروطی تو دے ہوتے ہیں جو ممکن ہے کہ

ایک بڑی جسامت حاصل کر کے طحال کا نصف یا دو تہ حصہ پر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ ان میں کوئی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 313) بیان کئے گئے ہیں، اور یہ عفونتی اصابتوں میں قہجی ہو جاسکتے ہیں۔ بیض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی منفعتات واقع ہو سکتے ہیں۔

دورنہ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرن کے جزو کے طور پر رمادی یا اکثر شوخ سرخ گرہوں کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مٹروں کی جسامت تک پہنچ جائیں، اور جو جرم کے طول و عرض میں اور اس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک انچ قطر تک کے بڑے زرد و جینی تو دے پائے جاتے ہیں اور یہ طحالی کلانی پیدا کر سکتے ہیں۔

مذمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ ملیریا، گسحت (rickets)، پیدائشی آتشک، مرض باجکن، اور احمر دمویت (erythraemia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آتشکی صمغیہ (syphilitic gumma) شاذ ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں بالخصوص گاؤچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں رضیعی کاذب بیض دموتی عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia) (anaemia) میں کلاں طحالی کہبت (splenomegallic cirrhosis) میں، کالا آزار میں اور مصری کلاں طحالی (Egyptian splenomegally) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہو جاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پر کرے۔ کیسیتی دویرہ اور نوز سے پیدا ہو جانے والے پڑانے دموی دویرے بھی کبھی کبھی کلاں طحالی پیدا کر دیتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانواع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے بہتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا نام دیا گیا ہے۔ ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30)۔

455

(۱) کلاں طحالی معدہ گرد ہلیا سچی نما نر فائ اور گردھکی جدیدیت

کے (splenomegally with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

(nodular siderosis) - تراشیدہ سطح پر متحدہ بے قاعدہ شکل کی لوہا اور چونا مشتمل رکھنے والی زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں جو قطر میں ایک الپین کے سرے سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں ہلیجی نما اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر ان منتشر بے قاعدہ نزفات سے بہ آسانی متفرق کئے جاسکتے ہیں جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزفا کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (ایمپریٹ یا ایک سبھی شعریہ) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفول بولی یقان (acholuric jaundice) جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بابی وریڈوں کی علقت کے ہمراہ پائی جائے۔ کلائی کا اولی سبب علقت معلوم ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ وریڈ کی دیوار کے انحطاط یا آختیر واکے باعث ہو۔ طحال لب کی بڑی بیش پرورش اور ساتھ ہی وسیع منتشر نیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بلیش پرورش (splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہو یا نہ ہو اور جس سے بوجہ زیادہ دموی اتلاف کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) لیفی غدی انحطاط ("fibro-adénie") جیسا کہ بینٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت نادر حالت ہے بشرطیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بینٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد اکھب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی شبکی درحالی بلیش پرورش (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لب کے طولی و عرض میں اور وریڈی جو فوں میں بڑے بڑے درحالی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ تناسب میں مزمن سرایت، فشل قلب اور مزمن بابی کہبت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیات میں لپائی موجود ہوں۔ جب درحالی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو عموماً مرض کاؤچر کہتے ہیں اور بعض اصابتوں میں شبکی درحالی تکثر اس قدر افراط کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اس سے حقیقی سلی تکون کا گمان پیدا ہوتا ہے۔
مندرجہ ذیل تین شاذ امراض کو شبکی درحلی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔

گاؤچر (Gaucher) کا مرض۔ طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں، شبکی درحلی بیش پردش کے مثالی خلیات لب عظام لٹھی گریوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں، جو کہ نہایت ہی بڑھے ہوئے ہیں۔ مرض زمانہ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن عمر اختیار کرتا ہے۔ نرف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ جتنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اوپری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ملکن ہے بھوری ہو، اور لمحات کی ایک عجیب زردی مائل فائدہ نداد بازت پائی جاتی ہے، جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دکھائی دیتی ہے۔ ہڈیوں پر لمبی تغیرات کا اثر لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلانی طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کیجو کا ممکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی یقینی علاج ہے، لیکن شرح اموات کی قدر بلند ہے۔

نانی مین اور پیک (Niemann-Pick) کا مرض۔ شبکی درحلی نظام کے بڑے خلیات لپائیڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور ”کف دار“ نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمام تر نوع عمر یہودی بچوں میں ہوتا ہے، اور زیادہ تر عورت بچوں میں، اور وہ غذا دہی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بین رویت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال، جگر اور لٹھی گریں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں۔ بھوری لونیت، عدم دمویت اور معتدل ابیض خلویت موجود ہوتی ہے۔

ہینڈ اور کوسچن (Hand-Christian) کا مرض۔ لپائیڈ خلوی اجتماعات خاص طور پر چھٹی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب حجم میں موجود ہو تو جھوڑا مین، جو کہ بنا اوقات یک جا ہی ہوتا ہے، اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں، جو کہ ایک تمیز علامت ہے۔ یہ ابتداءً طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قزیمت

نزفات اور کسور عام ہوتے ہیں۔

امراض نظام لمفائیہ

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے ان کی اکثریت عروق لمفائیہ کے اندر کوئی شے غریب، مثلاً خرد عضویہ، سلی خلیات، یا کوئی حبسہ ذرات، اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد عضوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التهاب پیدا ہو جاتا ہے یا غدے میں اسی نوعیت کا تغیر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ شے غریب کے منبع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التهاب لمفی عروقی میں لمفی عروق، عفونی زہروں کے نتیجہ کے طور پر ملہتہ ہو جاتے ہیں۔ لمفی عروق کا تندو بالید کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التهاب کی وجہ سے انداب ہو جانے کا۔

466

مرض ہاجکین

(Hodgkin's disease)

خبیث لمفی غدی سلحہ لمفی ذراتی سلحیت، کاذب بیض دموت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANDULOMATOSIS,

PSEUDO-LEUKEMIA)

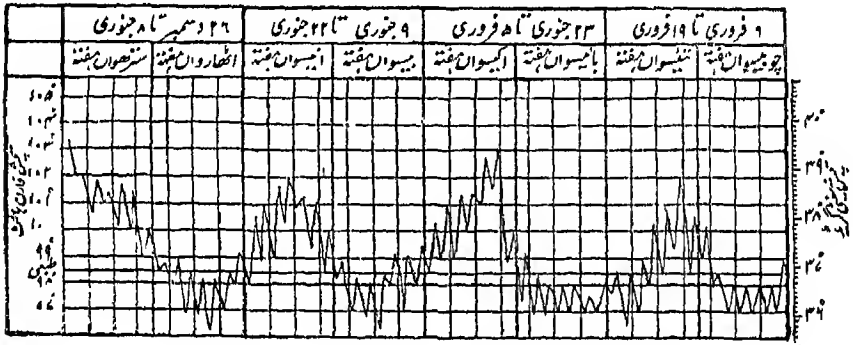
ولکس (Wilks) نے اس مرض کو ہاجکین کے نام سے موسوم کیا، جس نے سلسلہ میں غدو لمفائیہ کی کلانی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداءً بیان کیا، جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرض ہاجکین ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور چالیس سال کے درمیان اور ایکس تہائی اصابتیں شیرخواری سے لے کر بیس سال کی عمروں تک ہوتی ہیں۔ عورتوں کی

نسبت مرد و چند مبتلا ہوتے ہیں۔ مرض ہاجکن کے لمفی غدی سلمی غد ورنہ سے ماؤف ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گذشتہ میں اکثر خلط ملط کر دی گئی ہیں (32)۔

مرضی تشریح۔ ماؤف غد و لمفائیہ تراشنے پر ہلکے رماوی یا رماوی سفید ہوتے ہیں۔ خرد بینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں:۔ چھوٹے ٹعفرتی خلیے معہ ایک دو یا زیادہ نواتوں کے، ایوسین پسند ابیض خلیے اور لیفیت۔

طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن تین اونس



شکل ۵۵۔ مرض ہاجکن میں مزین تپ ناکہ

تک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے، جن کا قطر $\frac{1}{16}$ سے $\frac{1}{8}$ انچ تک ہوتا ہے اور جو اس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہو کر ایسا منظر پیدا کر دیتی ہیں جس کیلئے ”سخت سنگی ہونی مکلیا“ (”Hard-bake“) کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی ہے۔ یہ رسولیاں مائکروجیماٹ سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا گردوں کے اندر یا لوز تین میں، یا بلعوم معدہ، اور آنت کی جراثیم میں منتشر شدہ پائی جاتی ہیں۔ گرہیں پھینچڑوں میں بھی موجود ہوتی ہیں، اور پلیور اور دوسری مصلی اعشبیہ کے سیمے بھی نرم گلابی مائل رماوی چپٹے تودے پائے گئے ہیں۔ برنج اور حبیبہ پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہو کر ایک سرخی مائل رماوی

نیم مٹوہ مادہ میں متغیر ہو جاتا ہے، یا زرد یا مدی، یا سفید گرہیں ظاہر کرتا ہے۔
امراضیات - فاعلانہ بالیدگی پانے والے غدود کی تعلیقات کا اثر اب
 دروں دماغی طور پر خروگوشوں میں کیا جائے تو ناہم ہنگی اور اس کے ساتھ عضلی اتواری
 اور شنجی چال پیدا ہوتی ہے اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے، گوکہ مزمن غدود
 اور ایسے غدود جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت
 عجیب ہے کہ لٹ اوریم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ باجگن کے غدود کی تعلیقات میں
 ابتدائی اجسام مثلاً گاؤچیک کے پیشینی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں
 جو ایما کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

علامات - مرض کے خاص سریری خصائص لمفائی غدود کی کلانی اور عدم موت
 ہیں۔ عموماً لمفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں غشی غدود
 کے اندر شروع ہو کر ازل بعد بغل اور جنگا سے کے غدود کو ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ غدود
 بے قاعدہ اور مختلف الجسامت گرہ کی تودے بنا دیتے ہیں جو کبوتر کے انڈے یا
 مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت، عموماً غیر مثلاً کم ہوتے ہیں، اور
 ابتداءً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ سرک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے
 کہ وہ باہر منظم ہو جائیں، لیکن ان میں تقبیج شاذ ہے۔ واسطی غدود متناثر ہو جاتے
 ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے، اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا
 ہو جانا مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صفحہ ۱۵۱ ج ۳۰۸)۔ ماسا ریقی اور
 خلف الباریطون غدود بھی متناثر ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے خطوں میں
 غدود کی بالیدگی ایسی ہو سکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑ سکتا
 ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں: گردن میں، حنجرہ، قصبۃ الریہ، اور مری، اور صدر میں بڑی
 وریدیں اور باز گرد اعصاب کبھی کبھی ہڈیاں ماؤف ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں کسر
 واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں ہوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن
 ہے کہ شخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، یا بغیر کسی ظاہر سبب کے پافالچ (paraplegia)
 واقع ہو جائے۔

بالعموم طحال کی کلانی صرف معتدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ بائیں نعلی حاشیہ

قدر سے نیچے بروز کراتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُج میں واقع ہوتی ہے اور شاہی اُس جہانت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لتی خلوی بیض دمویت میں دیکھی جاتی ہے۔
شامی نوئی عدم دمویت، نسبتاً عاجل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اصابتوں میں بوقلموں خلیات اور نوات دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غد مومول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ فی ملب ملی میٹر... ۵ یا ۲۰۰۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی حنفی ہوتی ہے۔ یہ کثیر الاشکال خلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی ملب ملی میٹر... ۵ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۲)۔ اور ایک قیمتی نکتہ تشخیص ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی لونیت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حاک (prurigo) کے جو کہ تشخیص کا ایک کرتا ہے، اور غلہ اور جلد کی لمفی غلی سلعی در ریش واقع ہو جاتی ہے۔

تب۔ جب عمیق غد و ماؤف ہوتے ہیں تو تپ ناکس موجود ہو سکتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۵) جو کہ دیگر ناکس تیوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتاً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اصابتوں میں پندرہ اور بیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اصابت کے لئے خاصی مستقل ہوا کرتی ہے [(28) مرض پیل ایبسٹین = (Pel-Ebstein's disease)]۔ تپ کا مسلسل ہونا بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کیتھر کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے عدم دمویت کے اثرات زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے ہر موجود ہو نیز کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا اُڑیا واقع ہو جاتا ہے، اور شاید اُس کے ساتھ ہی اشتہا، شکم، تارموری، انقباض، الاستقامت، الصدر ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید دموی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے نزفات واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جماؤ تقرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر

خستگی، اغتصاص، زرف، دماغی اختلال، تو مایا تشجات سے، یا ذات الریہ، ذات الجنب یا اذیمائے شش سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ ہاجکن کے مرض غدو کے ابتدائی درجہ کو دیکھ کر کلائی غدو سے تمیز کرنا مشکل ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بالیدگی غدو کے ایک ہی گروہ تک محدود ہو۔ لیکن درنی غدو باہم الجھے ہوئے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور مرض ہاجکن میں غدو عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ درنہ عموماً غدو کے ایک ہی گروہ کو ماؤف کرتا ہے۔ اور مرض ہاجکن میں تغیرات بالآخر وسیع ہوتے ہیں۔ نو مایہ (neoplasm)

اور غدی بخار (glandular fever) میں جو غدی کلائی واقع ہوتی ہے، اس کو متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخر الذکر میں ایک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور ہاجکن کے مرض میں جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیر الاشکال نواتی امیض خلویت ہوتی ہے۔ سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا حیاتیاتی کاشفہ بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ متذکرہ بالا قسم کی تپیش ناکہ مرض ہاجکن کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں سنکلیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائیکو آرسینی کیلیس (liquor

arsenicalis) کے ۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آرسینو بینزال

(arsenobenzol) اور نوو آرسینو بینزال (novarsenobenzol) بھی منفعت

بخش ہیں۔ عمیق لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں، فوری نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے جماؤ غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر مریض پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن کے قتب کے ذریعہ جدید ریخی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 O. S. Gibbs . . . 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17,
p. 312.
- 2 R. V. Christie, G. Lovell Gulland and
others . . . 1927 *Q. J. M.*, 20, pp. 471-510.
- 3 J. M. H. Campbell . . . 1922 *Brit. Journ. Exp. Path.*,
3, p. 217.
- 4 C. Price-Jones . . . 1922 *Journ. Path. and Bact.*,
25, p. 487.
- 5 C. C. Ungley and G. V. James . . . 1934 *Quart. Journ. Med.*, 3,
p. 523.
- 6 A. Goodall . . . 1932 *Lancet*, ii., p. 781.
- 7 E. Starkenstein . . . 1928 *Klin. Woch.*, 7, pp. 217,
267.
- 8 E. Bulmer . . . 1933 *Lancet*, i., p. 1119.
- 9 N. H. Fairley and
H. H. Scott . . . 1933 *Lancet*, i., p. 75.
- 10 S. J. Hartfall . . . 1934 *Lancet*, i., p. 620.
- 11 F. W. Madison and
T. L. Squier . . . 1934 Quoted *Brit. Med.
Journ.*, ii., p. 29.
- 12 A. C. Hampson . . . 1929 Personal Communica-
tions.
- 13 K. Faber . . . 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
- 14 L. J. Witts (Goulstonian Lectures) . . . 1932 *Lancet*, i., p. 495, 549,
653.
- 15 L. G. Parsons . . . 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p.
631.
- 16 A. C. Hampson and
E. C. Warner . . . 1930 *Arch. Dis. in Childhood*,
5, p. 299.
- 17 J. F. Wilkinson and
W. Brockbank . . . 1930-31 *Quart. Journ. Med.*,
24, p. 219.
- 18 R. D. Passery . . . 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74,
p. 329.
- 19 A. F. Hurst . . . 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p.
93.
- 20 Review on Diseases of
Blood . . . 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 476.
- 21 S. C. Dyke . . . 1924 *Lancet*, i., p. 1048.

- 22 S. P. Bedson .. 1929 Personal Communication.
- 23 R. L. Waterfield .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 265.
- 24 Mildred Warde .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 599.
- 25 J. Barcroft .. 1925 *Lancet*, i., p. 319.
- 26 Review on Blood Circulation, etc. .. 1922 *Med. Sci.*, 5, p. 496.
- 27 G. A. Sutherland and B. Williamson .. 1925 *Lancet*, i., p. 323.
- 28 A. J. Hall and J. S. C. Douglas .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 22.
- 29 H. C. Gram (quoted from) .. 1921 *Med. Sci.*, 3, p. 369.
- 30 J. W. M. Menee .. 1929 *Glasgow Med. Journ.*, 111, p. 65.
- 31 J. Fawcett and A. G. Gibson .. 1928 *Lancet*, i., p. 1171.
- 32 H. D. Rolleston .. 1925 *Lancet*, ii., p. 1209.
- 33 L. J. Witts .. 1930 *Guy's Hosp. Rep.*, 80, p. 253.
- 34 R. S. Harrison .. 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 215.
- 35 F. L. Knott and W. I. Watt .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 991.
- 36 J. Bamforth and J. L. Edwards .. 1933 *Lancet*, i., p. 857.
- 37 M. Maizels and C. B. Arthur .. 1929-30 *Quart. Journ. Med.*, 23, p. 171.
- 38 F. Parkes Weber .. 1933 *Lancet*, i., p. 800.
- 39 H. L. Tidy .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1073.
- 40 W. Cramer .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1332.
- 41 W. W. Payne and R. E. Steen .. 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1150.
- 42 J. W. Pickering .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1239.
- 43 A. Szent-Gyorgi .. 1934 Personal Communication.
- 44 J. Venables .. 1934 *Lancet*, i., p. 108.
- 45 J. R. Marrack (Modified) .. 1929 *Lancet*, ii., p. 512.
- 46 M. H. Gordon .. 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27, p. 1035.
- 47 R A McCance .. 1936 Goulstonian Lectures.

تخول اور اندرونی افراز کے امراض

اساسی تخول

(THE BASAL METABOLISM)

(اساسی تخولی شرح = basal metabolic rate)

یہ طریقہ بالخصوص مشتتبہ درقی مرض اور فریہی میں بیش درقیت اور ناقص درقیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک اصابت کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تخول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنی اس وقت جبکہ وہ آخری کھانسنے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عضلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خسارج کردہ (CO_2) کی مقدار پر سے بالواسطہ متعین کی گئی ہے۔ زنتز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجہ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذا میں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھی (10)۔

تنفسی حاصلات تقسیم
(respiratory quotients)

حرارت فی لیٹر آکسیجن
(calories per 1 litre of oxygen)

۴۶۶۴ ۰.۵۷۲

۴۶۷۱ ۰.۵۷۵

۴۶۷۷ ۰.۵۸۰

۴۶۸۳ ۰.۵۸۵

۴۶۸۹ ۰.۵۹۰

تنفسی حاصل تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ (CO_2) کے حجم اور اخذ کردہ

آکسیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ ان اعداد پر سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اُسی جسامت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائش حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلوگراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۵۶ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔

جدول ۱۷ - طبعی تحول کے معیار

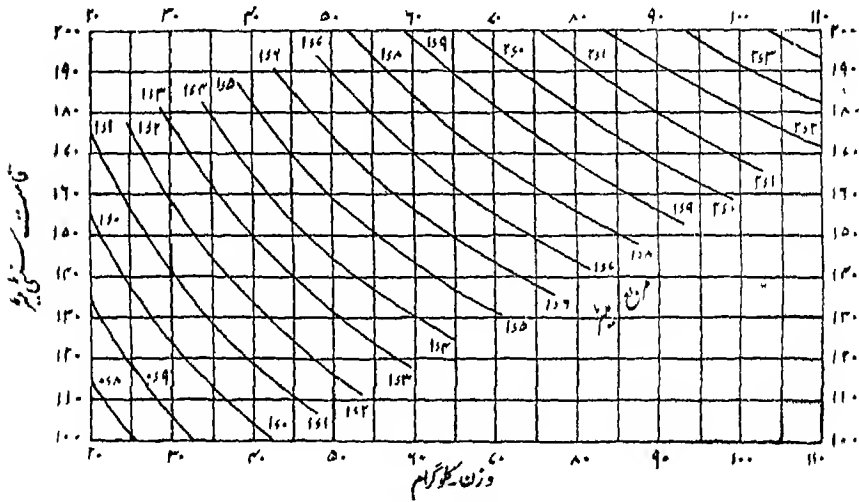
جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارے (Du Bois) (4)

عمر	مرد	عورت
سال	حرارے	حرارے
۱۲ تا ۱۶	۴۶.۰	۴۳.۰
۱۶ " ۱۸	۴۳.۰	۴۰.۰
۱۸ " ۲۰	۴۱.۰	۳۸.۰
۲۰ " ۲۵	۳۹.۵	۳۶.۰
۲۵ " ۳۰	۳۹.۵	۳۶.۵
۳۰ " ۴۰	۳۸.۵	۳۶.۰
۴۰ " ۵۰	۳۶.۵	۳۵.۰
۵۰ " ۶۰	۳۶.۵	۳۴.۰
۶۰ " ۷۰	۳۵.۵	۳۳.۰

نیز جدول ۱۷ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حراری برآمد معلوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قدر حساب لگائی نہ ہوئی قدر سے۔ انی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہئے۔

سماج آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زنگن اور شہر کے اعداد جس نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ تنفسی حاصل تقسیم کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں جل رہی ہے) وہ

تجربہ واقعات کے ساتھ مطابقت نہیں کرتا۔ بلکہ یہ فرض کرنا پڑتا ہے کہ اساسی حالات کے تحت کاربوہائیڈریٹ اور شحم ہمیشہ تقریباً ۱ اور ۱/۲ کی مستقل نسبت میں ملتے ہیں اور یہ کہ بلند حاصلات تقسیم پر کاربوہائیڈریٹ شحم میں ہمزمان طور پر تبدیل ہوتا رہتا ہے، اور نسبت حاصلات تقسیم پر اس کے مخالف تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ اس سے



شکل ۵۶۔ اس خاکہ سے جسم کی سطح کی تعین مربع میٹروں میں کی جاسکتی ہے اس

وقت جب کہ قد اور وزن معلوم ہوں (Du Bois)۔

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ ایڈیٹات خود اساسی تحول کا ناپ ہے، اور آکسیجن جزوی طور پر احتراق سے متعلق ہے اور جزوی طور پر تبدیلی سے۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ کو ناپنے کا آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ مریض ایک بڑے مقیاس کی وساطت سے (جس کا ایک چکر ۵ لیٹر ناپتا ہو) بیرونی ہوا میں مسلسل سانس لے تاکہ ریوی تروسیج حاصل کی جائے۔ اور وقفوں کے ساتھ مخلوط زفری ہوا کے نمونے لئے جاتے ہیں، تاکہ CO_2 کی مقدار فی صدی معلوم کی جائے جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی فی منٹ

برآمدہ کا حساب لگایا جاتا ہے۔ اس کا مقابلہ اس CO_2 سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۲ کی قانون نگارش (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن، عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دئے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خاکے کے وار پار رکھ دیا جاتا ہے اور وہ اوسط اساسی CO_2 خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے اور اس سے ہر چوبیس گھنٹہ کے لئے اساسی حرارے بھی معلوم ہو جاتے ہیں جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو۔ CO_2 کی طبعی حدود اس نقطہ سے بائیں طرف اور دائیں طرف انتہی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں۔ تحول قدر سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1)۔

فاقدہ کے دوران میں یا اس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جائے ہے

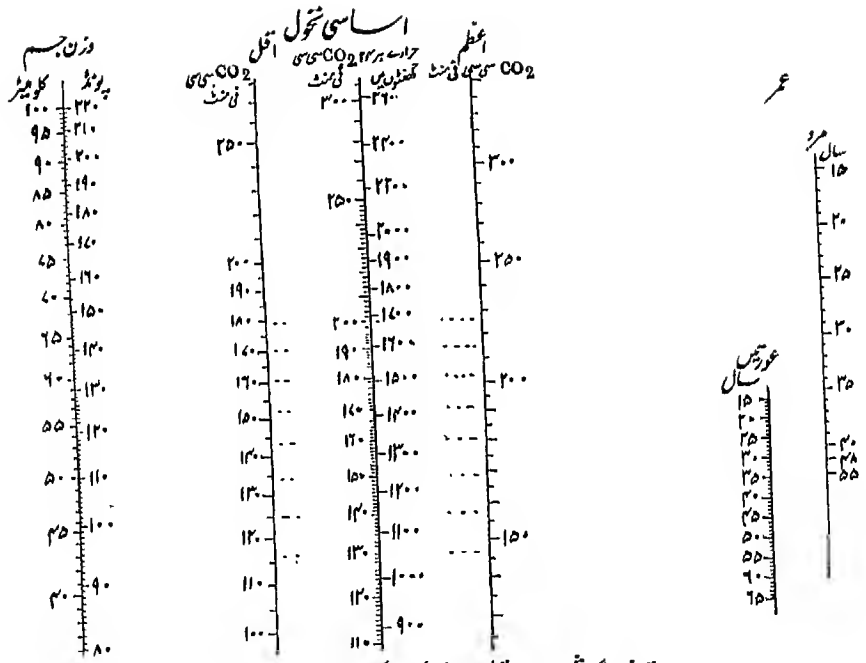
قلب تغذیہ ہو، اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے۔

ذیابیطس شکاری

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکاری وہ مرض ہے جس کا متمیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلوکوز یا ڈیکسیٹوز) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ اس مرض کا سبب حذارِ نگر باش کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں علاج یہ ہے کہ انسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرت بول) اور یہی علامت جو ایک نمایاں علامت ہے، ذیابیطس کی وجہ تسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی ”بیچ میں سے گزر جانا“ ہے) کثرت بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک خاص شکل جس کو بیچ ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں، آئندہ بیان کی جائے گی۔

بحث اسباب۔ ذیابیطس شکاری کی بہت سی اصابتوں میں کسی تبیی عامل کا پتہ نہیں چلتا۔ لیکن بعض متعین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے



قانون مجاشر اساسی تول دریافت کرنے کے لئے۔

اس پر ہے پناہ پر ایک ناکہ دوسری جگہ شائع کیا گیا ہے (54)۔
(بالکابل صفحہ 460)

حملہ کے لئے سازگار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو، یا اُسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ مورثی ذیابیطس نہایت خفیف ہو سکتا ہے، لیکن اکثر وہ متوالی نسلوں میں زیادہ خطرناک ہو جانے اور نسبتاً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے، جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اسی واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اس حقیقت کی توجیہ اس طرح کی جاسکتی ہے کہ بسیار خوری تحول کی زیادتی پیدا کرتی ہے، جس سے لبدبہ اور دوسرے اعضا پر زیادہ بار پڑ جاتا ہے۔ ذیابیطس اور نقرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خوردہ اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسطیورپ کی سلطنتوں میں جنگلی غذا نے اس مرض پر گہرا اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرہ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہوئے کا امکان اُن لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھا ٹیلا بے حد کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً فربہ کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ و صوپ کی زندگی، اعصاب پر بار اور جذباتی صدمہ اس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے سرگروں کی تحریک پیدا کر کے بیش شکر و مویت پیدا کر دی، نیز یہ کہ اُن طلبہ کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جسمانی آزمائش میں مثلاً اپنے کالج کے طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت ہو گئی۔ گراہم (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ اگر ارام ڈیکسٹروز

لینے کے تیس منٹ بعد دُموی شکر بڑھ کر ۱۵۰ فی صدی ہو گئی، لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کا کام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد یہی امتحان عمل میں لایا گیا تو دُموی شکر کی مقدار ۱۸۵ء پانی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ جھوٹی کاٹسر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہو گئی ہے۔ حادثہ سُرکت بھی ایک سبب مُعد ہے، خواہ یہ سرایت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب وجوار میں محدود المقام رہ کر التهابِ لبلبہ پیدا کر دے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن عُضن حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے، جن کو بعض اوقات گندیدہ خونی شکر بولیت (sapræmic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے۔ عُضن حالت دفع ہو جانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید آتھیروما یا شیخوخی شریانی تغیرات یا منتشر بٹش تکونی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائر لنگر پانس میں کوئی نقص پیدا کر دیتے ہیں اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے مشابہ ہوتا ہے جو کہ صلابت الشریانی گردے (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہو جاتا ہے۔ ذیابیطس گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہر دو کا ایک اولی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھادیتی ہے، جو عملیہ کے بعد اکثر ذائل ہو جاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ انسولین سے گنگرین رفع ہو جائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہو جاتا ہے، نہ صرف اُس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو، بلکہ اُس سے بھی جو دور دراز مقامات پر ہو، مثلاً ایک کمسور جارجہ (fractured limb) سے۔ سر کے تفرعات بھی شکر بولیت پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ غالباً کلاڈ برنارڈ کے ”وخسری ذیابیطس“ (puncture “diabetes” سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائیڈریٹ کے تحول کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائیڈریٹ محفوظات گلاٹکوجن کی شکل میں ذخور ہوتے ہیں، جو جگر اور عضلات میں

تقریباً مساوی طور پر منقسم ہوتی ہے۔ گلائیکو جن غذا کے کاربوہائیڈریٹس اور پروٹینز سے بنتی ہے۔ آخر الذکر معار سے آمینو ایسڈز کی شکل میں جذب ہوتے ہیں، اور وہ نظام جسم کے ذاتی پروٹینز کی تالیف کے لئے استعمال میں آتے ہیں، یا پھر ایمنو ایسڈز کے بعد ان کی فی الفور تفسید ہو جاتی یا ان سے گلائیکو جن بن جاتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹس بھی ہضم سے ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں اور ڈیکسٹریٹرس (dextrins) کی شکل میں اور مقابلہ ساوہ اشیاء جیسے کہ ڈیکسٹروفس (dextrose) اور لیو یولوس (laevulose) کی شکل میں جذب ہو سکتے ہیں۔ یہ سب اجسام وریڈ الباب کی راہ سے جگر میں چلے جاتے ہیں۔ جگر ڈیکسٹریٹرس اور لیو یولوس کو تمام تر اخذ کر کے ان سے وہین گلائیکو جن بنا لیتا ہے۔ لیکن اگر لیو یولوس کی بہت بڑی مقداریں کھائی گئی ہیں تو اس میں سے کچھ حصہ جگر کے پار نکل کر عام دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور پھر گردہ اسے فی الفور خارج کر کے لیو یولوس بولیت (laevulosuria) پیدا کر دیتا ہے۔ یہی حالت جگر کے مرض میں بھی پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر ان حالات میں لیو یولوس کی اس مقدار کو روکے رکھنے کے ناقابل ہوتا ہے، جسے وہ معمولی حالت میں بالکل آسانی کے ساتھ نبٹا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ڈیکسٹروس کا کچھ حصہ جگر میں زکارہ جائے، لیکن اس کا کچھ حصہ تو یقیناً اس کے پار نکل کر عام دوران خون میں چلا جاتا ہے، کیونکہ ایک تندرست شخص کے خون میں شکر کی مقدار غذا کے بعد فوراً زیادہ پائی جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۷)۔ چنانچہ نظامی خون کو ڈیکسٹروس کی رسد و منبعوں سے پہنچتی ہے۔

(۱) غذا سے، اور یہ تغیر پذیر رسد ہوتی ہے۔ (۲) جگر کی گلائیکو جن سے اور یہ غالباً خاص متقل رسد ہوتی ہے، اور اس گلائیکو جن کی شکست و ریخت وہاں غالباً ایک نشا پاش خمیر کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ ناستہ سے پہلے خون میں ڈیکسٹروس کا ارتکاز عموماً ۱۰۰ اور ۱۰۰ فی صدی کے قریب ہوتا ہے۔ یہ مستقل ایک تو جگر سے ڈیکسٹروس برابر بنتی رہنے کی وجہ سے اور دوسرے ساختوں کے اندر اس کے غائب ہو جانے کے باعث برابر قائم رہتی ہے۔ ساختوں میں یا تو ڈیکسٹروس کی تفسید ہو کر اس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) اور پانی بن جاتا ہے، یا اس سے

اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں جن میں سے ایک عضلات کی گلاٹکو جن ہے۔

انسولین جو جزائر لنگر بانس کا افراز کردہ ہارمون ہے ان اعمال میں حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچہ اس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس پر دو نقطہ ہائے نظر سے بہترین طور پر غور کیا جاسکتا ہے: (۱) محیط میں انسولین جوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غائب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی مریض کو دے دی جائے تو اس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شریانی خون میں، ورنہ حالیکہ انسولین دینے سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (۵)۔ غائب ہوجانے والی شکر کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متاکسد ہوجاتا ہے، اور کچھ حصہ عضلات کے اندر گلاٹکو جن بن جاتا ہے (۶) اور غالباً شحم میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ (۲) اس کی مرکزی یا حیثانی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے: (الف) حاد ذیابیطس میں شحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہوجاتی ہے، غالباً اس لئے کہ کاربوہائیڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل کر کے جگر میں جمع کر لی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (۷)۔ یہاں وہ غالباً کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل کر لی جاتی ہیں، اس سبب تنفسی حاصل تقسیم کی توجیہ ہوتی ہے جو شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیٹو ایسٹک (aceto-acetic) اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ (β -oxybutyric acid) پیدا ہوجاتے ہیں (کیتو فیت) (۸)۔ انسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتو فیت اور شحم الدم نابود ہوجاتے ہیں، اور جگر سے چربی غائب ہوجاتی ہے، اور تنفسی حاصل تقسیم بلند ہوجاتا ہے۔ (ب) ذیابیطس جگر میں معمول کے نسبت کم گلاٹکو جن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور ریش شکر و مویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون کے اندر ۴ و ۶ یا ۷ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز ملنا شاذ نہیں ہے۔ انسولین جگر کے اندر گلاٹکو جن کا احتباس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلاں کو جن زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین جگر کے نشا پاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے، جو اس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ دوسری شکر کا یکا یک کم ہو جاتا، جو انسولین کا نہایت مسایاں سریری اثر ہے، جزاً (غالباً محض نحیف طور پر) تکسید کے باعث ہوتا ہے اور جسزاً عضلات میں اس کے مذخور ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ جگر سے شکر کی وافر مدد موقوف ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائیڈریٹ غذا کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو جگر میں گلاں کو جن کی صورت میں مذخور ہو جاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے منفی حاصل تقسیم کا ایک ارتفاع احتراق کی کسی بنائیاں زیادتی کے بغیر پایا ہے، جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر جل جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وساطت سے شکر کا مذخور ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی مقدار غلطی سے دے دی گئی، اور اس کا اثر زائل کرنے کیلئے اُسے فی الفور براہ دہن کاربوہائیڈریٹ کے ۱۰۰ گرام، ڈیکسٹروس اور روٹی کی شکل میں دئے گئے۔ یہ دور ورتاک بافتوں کے اندر محبوس رہے اور پھر انسولین کا اثر زائل ہو جانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہو گئے (9)۔

لبلی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ 409)، جس میں ڈیکسٹریس اور نشا پاش خمیر جگر سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے۔ تین دوسرے بتقناقی غدوے یعنی سرگردے، درقیہ اور سخامیہ جزائر لنکر ہانس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں، کیونکہ اُن کو تحریک پہنچانے سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ سرگردے دوران خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ جگر میں پہنچ کر گلاں کو جن کو توڑ کر اُس سے ڈیکسٹروس بنادیتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس عمل کے وقوع کے لئے ضعیفہ کبدی کا صحیح و سالم رہنا ضروری ہے۔ درقیہ غالباً سرگردوں کو تحریک پہنچا کر اپنا فعل کرتا ہے۔ گلاؤ برنارڈ کا داغی بطین چہارم کا انتقاب حثائی اعصاب کے ذریعہ سرگردوں کو تحریک پہنچا کر

میش شکر دمویت پیدا کر دیتا ہے۔

ذیابیطس شکر کی امراضیات - ۲۰۰ سال سے زائد عرصہ سے ذیابیطس شکر لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا۔ ۱۸۸۹ء میں وائن میرنگ (Von Mering) اور مینکوا سکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا امتیصال کر کے اس مرض کو تجربہ پیدا کر دیا۔ حال ہی میں آلین (Allen) نے بتلادیا ہے کہ اگر ایک کتے کے لبلبہ کے پچھلے حصے نکال دئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر پچھلے حصے نکال دیئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے اور مزید برآں یہ بھی بتلادیا ہے کہ وہ بافت جو اہم ہے جزیری ہوتی ہے نہ کہ غنیمی۔ تجربی مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکر سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیت موجود ہوتی ہے اس وقت جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان کی گئی ہے جس میں جزیری خلیات کی ایک خودر ویش بالیدگی ہو کر ان سے قلیل شکر دمویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے۔ جزئی لبلبہ برآری کے بعد اس حالت میں اصلاح ہو گئی۔

تجربی ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نیجیاتی تغیرات بالکل مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ خلیات میں امتقما ہو جاتا ہے (Weichselbaum) اور اب انہیں ان کے ممیز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bensley)۔ وہ خستہ اور در ماندہ نظر آتے ہیں، کیونکہ جزیری بافت کی قلت کی وجہ سے انھیں کام حد سے زائد کرنا پڑا ہے۔ انسانی اصابتوں میں سبب امتحان بعد المات میں اکثر طبعی نظر آتا ہے اور کوئی صریح نیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ وقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد بہ سرعت تحلیل ہو کر خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نیجیاتی تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ خلیات بتدریج مردہ ہوتے جاتے ہیں۔ تاہم آلین بیان کرتا ہے کہ جب وہ کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خورد بینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطس اور غیر ذیابیطس

بلبلہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگر بانس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔

امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی۔ بینٹنگ (F. G. Banting) اور ان کے رفیق کارسٹی۔ ایچ۔ بیسٹ (C. H. Best) کی عہد آفریں تحقیق سے ہو گئی۔ پہلے پہل گنتے کے بلبلہ سے قنات کو باندھنے کے چند ہفتے بعد انسولین کی بفریدگی گئی۔ اس کارروائی سے عیندی خلیات میں انحطاط پیدا ہو گیا لیکن جزیری خلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر مسلخ سے حاصل کردہ معمولی بلبلہ سے الکحل کے ساتھ کسری ترسیب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا، اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔

تندرست اشخاص میں معمولی امتحانات سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی، لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۱۰ فیصد تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دُموی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۱۸-۲۰ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت باسانی کی جاسکتی ہے۔ اسکو دھلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دھلیز کلوی کم ہو سکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گلوخون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر باقی درجہ پر ہو گئی ہوتا ہم شکر بھیر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں جب کہ دُموی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۳۰-۴۰ فیصدی) ہو شکر کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔

جیکسن کے دُموی شکر برداشت کے متحنی (Jacobsen's blood

sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصبح

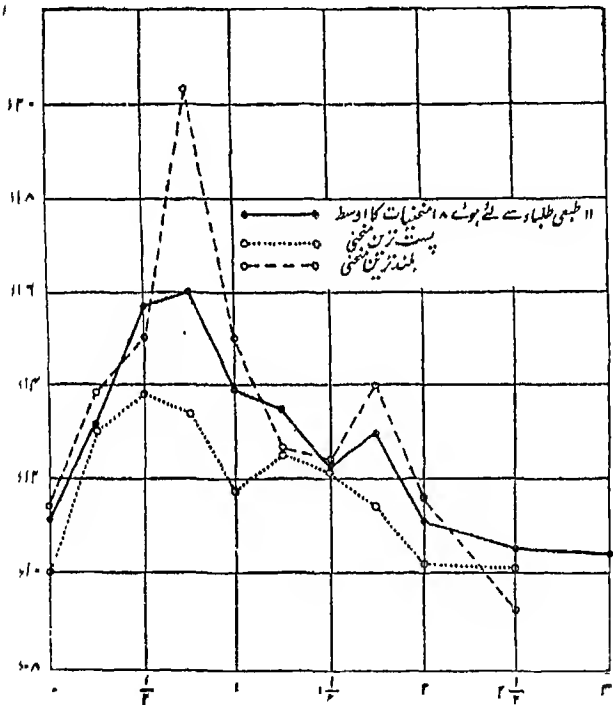
خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دی جاتی ہے اور دُموی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ غیارہ

طبی طالب علموں کو ۵ گرام ڈیکسٹوس دینے کے بعد ڈاکٹر ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پی (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۷۵ میں بتلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، جب پست ترین منحنی ہے اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخر الذکر حالت میں پیشاب کے اندر شکر کا ایک شائبہ خارج ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دوسری شکر ڈیڑھ گھنٹہ میں گھٹ کر تقریباً نقطہ آغاز پر آگئی۔ لیکن ثانوی ارتفاعات بھی نظر آ رہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکاری سے علیحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 460) (84)۔ اس گروہ میں شکاری برداشت کا منحنی طبی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دوسری شکر اکثر معمول کے نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتفاع نسبتاً زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے اور ابتدائی لیول واپسی میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے۔ اسے شکل ۷۶ میں 'ب' اور 'ج' اور 'د' منحنیوں سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکاری کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کر لیا گیا ہے، جو طبی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۷۵ کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ لیکن اس سے بھی زیادہ ممیز امروہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گر کر نقطہ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی تصحیح معاد جو بچوں میں استعمال کرنی چاہئے اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔

464

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں، جن میں بعض اوقات غذائی شکر بولیت (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں، صرف کاربوہائیڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پیشاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائیڈریٹس سے مبرا کر دینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پریڈیٹرز سے اور غالباً

چربی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔
شکر کے سریری کا شفا ت :۔ بینڈل کٹ کے کیفی کا شفا
 (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی تلی کے اندر شتہ پیش
 کے تین یا چار قطروں میں (جس کا انحصار قطرہ کی جاست پر ہے) محلول بینڈل کٹ



شکل ۵۴۔ ورموی شگری برداشت کے بلبی منحنی

کے ۲۴ سی سی شامل کر دئے جاتے ہیں۔ اس آمیزہ کو گرم کر کے خوب جوش دیا جاتا ہے

۱۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینڈل کٹ کے کئی امتحان کیلئے مخصوص ہوتا ہے اور جس سے اُبلنے پر ایک خفیف المقدار سپید سفوف چل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود نہ ہو۔

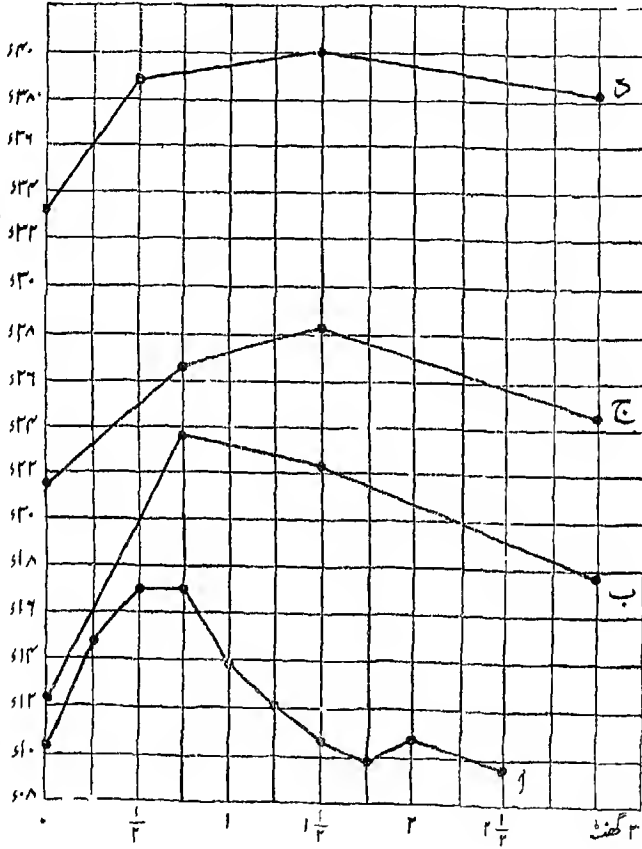
اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ اگر گلو کوز موجود ہے تو یہ آمیزہ از سر تا پا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ، یا زرد یا سبزی ناکل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۲۰ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

فینائل ہائیڈرین کا کاشف (phenylhydrazine test) - ایک امتحانی نلی تقریباً ۱۰ اینچ تک فینائل ہائیڈرین صائیڈ روکلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے اور دوسرے ۱۰ اینچ تک سوڈیم اسیٹ (sodium acetate) سے بھری جاتی ہے۔ پھر اس امتحانی نلی کو پیشاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے، اور پھر سب کو ایک پن جنٹر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا انحصار موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زرد ثقل کا امتحان کیا جاتا ہے جس سے خردبین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گٹھے نما جھنڈ (فینائل گلو کوزائیڈ) ظاہر ہوں گے جو ۲۰-۵۰ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتے ہیں۔

465

تخمیری امتحان (fermentation test) - اگر لہن کی (جسے وھو کر نشاستہ یا شکر سے مبرا کر لیا جائے) اتھوڑی مقدار پیشاب میں شامل کر کے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے تو تخمیر کی وجہ سے گلو کوز، الکحل اور کاربونک ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہئے اور نشی نمونہ کے پیشاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہئے جس کو لہن کا بغیر ثقلی حالات کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلو کوز سے متناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۱۳۰ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر امتحانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتری میں الٹ دیا جائے تو کاربونک ایسڈ گیس جیسے جیسے وہ بنتی ہے، نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور پیشاب کو وہاں سے ہٹا دے گی۔

تقطیب نما۔ ڈیکسٹروس تقطیب کے مستوی کو دائیں طرف پھیر دیتی ہے۔
اس میں بیٹا آکسی بیوٹائرک آئیڈ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے، جو چپ گرداں
ہوتا ہے۔



شکل ۵۸۔ ذیابیطس میں دھوی شکرى برداشت کے تین منحنى
(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

معلومات۔ خواہ شکر موجود نہ بھی ہو، مرکز پیشاب کے اندر گلائیوسز
آئیڈ، یورک آئیڈ، پیورک آئیڈ، گریسٹینین اور ہو مو جینٹک آئیڈ کی موجودگی

تھوڑی سی ترجیع (reduction) واقع کر سکتی ہے۔ ایسوا سطح خفیف ترجیع شکر کی موجودگی پر اس وقت زیادہ دلالت کر سکتی ہے جب کہ پیشاب کی کثافت نوعی پست ہو بہ نسبت اُس حالت کے جب کہ یہ بلند ہو۔ کثافت نوعی کو محسوس طور پر بلند کرنے کے لئے بہت سی شکر موجود ہونی چاہئے۔

گلاٹیکوڈائک آیسڈ ہمیشہ کسی دوسری شے کے ساتھ جڑ جاتا ہے جو کہ پیشاب میں خارج ہوتی ہے۔ یہ مارفیا، کلوروفارم کے بخار، کلورل، بوٹائل کلورل، کافور، کوپیا، کباب، چینی، سیلی سیلک، آیسڈ، اور ٹینک آیسڈ کے استعمال کے بعد پایا جاتا ہے۔ ڈیکسٹروس کے علاوہ دوسری شکریں بھی پیشاب میں مل سکتی ہیں۔ لیو یولوز خارج ہو سکتی ہے، ڈیکسٹروس کے ساتھ اور تنہا بھی۔ اُس کی موجودگی سے کبدی قلت (hepatic deficiency) کا احتمال پیدا ہوتا ہے۔ اُس سے ترجیحی اور تخمیری کاشفات حاصل ہو جاتے ہیں، لیکن اُس کی تفریق اُسکی چپ گردانی سے اور سیلی وناؤ کے کاشف (Seliwanow's test) سے کی جاسکتی ہے۔ ۴ سی سی پیشاب اور اسی سی کاشف سیلی وناؤ (Seliwanow's reagent = ریپارسن ۵ گرام ہائیڈروکلورک آیسڈ جس کی کثافت نوعی ۱۹۵/۱ ہو، ۳ سی سی، آپ کشیدہ ۳۰ سی سی) کے آمیزے کو ایک پن جنٹر کے اندر چند منٹ تک گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُبلنے لگے۔ اگر لیو یولوز موجود ہے تو اس محلول کا رنگ سرخ ارغوانی ہو جاتا ہے، لیکن تنہا ڈیکسٹروس رنگ کا کوئی ایسا تغیر نہیں پیدا کرتی۔ کاذب لیو یولوز (pseudo-lævulose) (ایسو گلاٹیکو یورائک آیسڈ = iso-glycronic acid) بھی یہی رنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکٹوز دودھ پلانے والی عورتوں میں ملتی ہے اور اُن شیرخوار بچوں میں جن میں معدی معوی التهاب (gastro-enteritis) کی شکایت ہو۔ اُس سے ترجیحی کاشف حاصل ہو جاتا ہے مگر تخمیری کاشف نہیں حاصل ہوتا اور وہ راست گرداں ہوتی ہے۔ فینائل ہائیڈریزین سے امتحان کرنے پر اُس سے قلمی سوئیاں حاصل ہوتی ہیں جو کروڑ چھنڈوں کی صورت میں ہوتی ہیں اور ۲ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتی ہیں۔ جن پھلوں میں ارا بنوز (arabinose) موجود ہو (یعنی چیریز: cherries، پلمس

plums: اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پینٹوس (pentose) خارج ہو سکتی ہے۔ خود رو پینٹوس بولیٹ (pentosuria) تھول کی ایک شاذ خرابی ہے جو پروٹینی درآمد کی تحدید سے کم ہو جاتی ہے۔ پینٹوس تانبے کی تربیع کر دیتی ہے، لیکن اُس میں تنمیر نہیں ہوتی اور اُس سے پسیال کا آرسینی کا شفعہ (Bial's orcin test) حاصل ہوتا ہے۔

مرضی انتشار کج - اصابتوں کے کچھ تناسب میں لبلبہ خالی آنکھ سے صرکھا مرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیف ہو جاتا ہے یا یہ دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں۔ غده کے بڑے حصوں کا متغیر ہو کر شمعی بن جانا، تلیف، زرق و برق، قناتوں میں سنگ اور دوسرے۔ نیچھاتی تغیرات پراس سے پہلے عور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں دوسرے اعضا کے بعد المات منطابہ طبعی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پُرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو پیچیدگیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلانی پانی جاتی ہے اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں انہی کلیات کلاکو جن کی ورزیش اور ترویجی تغیرات ہر کرتے ہیں جو کمیتوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگہ میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الا خون لونیت یا ذیابطیس اسمر (diabète bronzé) کی شاذ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اسٹرایری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تہ جمع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کو تشحہ الدم (lipaemia) کہتے ہیں۔ لیکن اس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف اور لیسی تھین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دوران زندگی میں شکبیتی عروق میں شناخت کر لی گئی ہے، چنانچہ شہ این اور اوردہ دونوں قعر چشم کے مرکز میں سامن مچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(شبکیاتی تشحیر الدم = lipæmia retinalis) - وہ متسع ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

کیتونریت (ketosis) - جب کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو یا آخر الذکر کام میں نہ لائے جائیں تو غالباً غذائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائیڈریٹس میں تبدیل ہو جاتی ہے اور اس کے ساتھ ہی اس شحم سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ بن جاتا ہے (جس کو غلط طور پر ڈائی ایسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) $CH_3COOH = CH_3COH$ بنتا ہے (8)۔ یہ ایک زہری شے ہے اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر تخریب کے ذریعہ بے ضرر بن جاتا ہے۔ آکسی بیوٹائرک ایسڈ $CH_3CHOHCH_2COOH$ میں تبدیل ہو جاتی ہے اور گروے طبعی طور پر ان دونوں اشیاء کو تلف کر دیتے ہیں مگر اس عمل میں متضرر ہو جاتے ہیں (41)۔ تھوڑا ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کے ایک سالمہ کے نقصان سے آسیٹون (acetone)

CH_3COCH_3 میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ تینوں اشیاء خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونریت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ یہ دورانِ فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے نیز اس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو یا بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قے جیسے کہ دور قے (cyclical vomiting) اور دورانِ حمل کی مختلف قے کی حالت میں۔ جموی اور ضعفی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور ما بعد عدم حیثیت (post-anæsthetic) یا "کلوروفارم کے آجل تسمم" ("delayed chloroform poisoning") تسمم فاسفورس، حاد

اصفر ذبول (acute yellow atrophy) اور انشناج (eclampsia) میں جو سب کے سب جگر کا مرکزی تنخر شمی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں لینے کے بعد۔ اور ذیابیطس شکر میں جب ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ خون کے اندر ایک بلند ارتکاز پر پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ تو مایہ پیدا کر کے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قے ہونے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 341)۔ شدید

ذیابیطس کی ایک اطالیت پذیر اصابت میں مریض کے بخول کے ساتھ جسمانی شحم بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض فافہ یا خواہ سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سرسبری کا شفات - قارورے کے بیٹا آکسی ہوتاہک
ایسڈ (β -oxybutyric acid) کے لئے کوئی لونی کاشفہ نہیں ہوتا۔ گربارٹ کا
کاشفہ (Gerhardt's test) جو ایسیٹو آئیڈک ایسڈ کے لئے مستعمل ہے، یہ ہے کہ
پیشاب میں فیرک کلورائیڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن
(port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غائب ہو جاتا ہے۔
یہ کوئی زیادہ نازک کاشفہ نہیں ہے۔ اسے اس معاملے سے متمیز کرنا چاہئے
جوسیل سلیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر
صورت میں گرم کرنے سے رنگ غائب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ (sodium
nitroprusside) کے ساتھ ایسیٹو آئیڈک ایسڈ اور ایسیٹون دونوں سے دو
کاشفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اس سے تقریباً بیس
گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کاشفہ
(Legal's test) میں پیشاب کے اندر سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ کی ایک چھوٹی قلم
اُس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے ٹپکا دئے جاتے ہیں اور پھر
قدرے کا ٹیک سوڈا (caustic soda)۔ ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا
ہے جو جلد ہی ماند پڑ جاتا ہے۔ اب ایسیٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے
ایک قرمزی سرخ (carmine-red) یا نسبتہ گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔
روٹھیرا کے کاشفہ (Rothera's test) میں پیشاب میں جامد ایمنو نیم سلفیٹ
کے ساتھ سوڈیم نائٹرو پروسائیڈ کی ایک قلم اور ایمنو نیکی وافر مقدار شامل کرو
جاتی ہے جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسیٹو
ایسیٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کاشفہ یہی ہے۔

یہ کاشفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں،
لیکن اُس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس

مریض کو قوما ہونے کو ہے یا نہیں، چنداں کارآمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہونے کے قریب ہوتا ہے تو فشارِ خون کے سقوط کے ساتھ گردوں کی اخراجی قوت زائل ہونا شروع ہوتی ہے، جس سے پیشاب کے اندر ان اشیاء کی مقدار بھی کم ہو جاتی ہے اور اس کے بالعکس یہ خون کے اندر جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نائٹروجن سے ایونیٹرائٹروجن کی نسبت کی دریافت اور گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براہِ دہن دینے کا کاشفہ اس سے پہلے کافی طور پر بیان ہو چکا ہے۔ جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ والے طریقہ (alveolar CO₂ method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائیڈ کی قدریں ۵.۳ اور ۶.۲ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں، اور یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کی قدر رست تر ہوتی ہیں۔ ذیابیطس میں ۲ فی صدی قدر کے یہ معنے ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہو جائے۔ مریض کی جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اُسے نین یا چارون سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کی وہ سطح جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، ایک ایسی میکانیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی تعویض کرتی ہے، اور یہ خون کے ہائڈروجنی رواں کے ارتکاز کا حد سے زیادہ ارتقاع ہونے کو روکتی ہے۔

علامات۔ ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ مہول کے نسبت زیادہ سیال پیتا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اُسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاغرگی کی شکایت ہو۔ بعض اصاباتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور مریض کو وہ ٹھیک تاریخ یاد ہو سکتی ہے جب کہ اُسے پہلے پہل تشنگی محسوس ہوئی تھی۔

زیادہ شدید قسم کی اصابت میں جس کا آغاز حادثہ طور پر ہو یا ایک نسبتاً خفیف اصابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ہمیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے ممتاز ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق مغالطہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں :- بتول بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری، اور دُبلانہ۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں زائل ہو جاتی ہے۔ دہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سرخ، کچی اور ”گائے کے گوشت جیسی“ ہو جاتی ہے، اور منہ کا مزہ عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ بالعموم ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کمی وقت محسوس نہ کرے۔ آنٹوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کھردری اور خشک ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ تھکاوید بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض بہ سرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ دماغی محنت پر رعب نہیں ہوتا اور اس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جو فیزیکی سہلان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر رہنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر زائل ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

468

پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۱۰ یا ۱۲ لیٹر ہو جاتی ہے اور خارج شدہ شکر ۵۰ گرام سے اوپر اور اس کا ارتیکازم فی صدی تک ہوتا ہے۔ اس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۴۰ یا ۴۵۔ اتک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اس کی بوسہ کمی گھاس جیسی میٹھی میٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ تعامل ترشی ہوتا ہے۔ اس میں ایسیٹون، ایسیٹو ایسیٹک، ایسڈ اور بنیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات ”غذائی شکر بولیت“ کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دوسری شکر کی برواشرت کے منحنیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پانی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پایس نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود نہ ہوں، مگر مریض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیشاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ اُن کو مختلف پیچیدگیوں کی شکایت ہو۔ اس قسم کا ذیابیطس بالخصوص معمر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ ذیابیطس کے دوران میں متعدد پیچیدگیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکر کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف وہ حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) اور مردوں میں التهاب حشفہ (balanitis) پیدا کر دے۔ جلد کی عام خراش بھی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سراج پھوڑے (carbuncles) اور دھل (boils) پیدا ہو جائیں، اور اول الذکر موت کا باعث ہو جائیں۔ ذیابیطس میں نرسہ سلحہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی انگلیوں کی یا ایک پورے جارحہ کی گنگرین بھی ہوتی ہے، لیکن یہ اتھیر وائی شرٹین کیساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البیوہن بولیت موجود ہو، جو ساتھ واقع ہونیوالے کلوی تغیرات کی لالت ہے۔ ذیابیطس میں انجیلی جھٹکے اور رُکبی جھٹکے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التهاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا اُم حنونہ اور رمادی ماؤسے کے درمیان پچھلی عصبی جڑوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث، جس سے نخاع کے پچھلے استوائوں میں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہو سکتا ہے، بالخصوص ور کی قذالی اور توامی ثلاثی ۱۔ منٹھن بھی ہو سکتی ہے۔ نہایت لاغرا اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اُدیما (ضعفی تھج) دیکھنے میں آ سکتا ہے، اور وہ سو ڈیم بانی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ متعادیں دینے سے بھی بہ آسانی پیدا ہو سکتا ہے۔ سلسلہ سرایوی ذات السریہ اور دوسرے ساری امراض ذیابیطس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انداز نسبتہ خراب ہوتا ہے، گو زمانہ حاضرہ کے طرق علاج نے اسے بہتر بنا دیا ہے۔ ذیابیطس میں بصارت کی طریقوں سے متاثر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسک میں سرخ تہیلیاں اور کلیل النظری (amblyopia) عضلہ پُبیہ کے ضعف اور وسائط کے انعطاف نما میں تغیرات کے باعث ہو جو غالباً شکر کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطس نزول الماء (cataract) عموماً شیخوخی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعمر اشخاص میں ایک مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے، اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔ معمر مریضوں میں التهاب شبکیہ (retinitis) عام ہے جو صلابت الشریانی الہتہاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور شبکیہ الہتہاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہوں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں :- التهاب قزحیہ (iritis)، خلف المنقلب العصبی الہتہاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کر دیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں ترزفات اور شبکی تشحج الدم (lipaemia retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکرہ اصابتوں میں۔

ذیابیطس قوما (diabetic coma)۔ یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر ایسیو ایسیٹک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک زہر کے طور پر اثر کر کے ہلاکت خیز نتیجہ پیدا کر دیتا ہے۔ اس علامات میں مخلوط کی تسبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوما کے اسباب مُعَدّہ یہ ہیں :- (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ب) اشتعال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حدیث۔ غالباً گیس آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مضرت رساں ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض نیلا نہ ہونے پائے۔ (د) حادثہ ریتیں۔ (ه) گردوں کا ناقص فعل، جس سے ایسیو ایسیٹک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعمر مریض میں جبکہ بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔ قوما کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں :- فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبائبک کی موجودگی، اور ہڈیلا قبض۔ بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اس وقت مریض کی قدر جلد ہی حالت بہبوط اور قوا میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے، دروں چشمی تناؤ کم ہو جاتا ہے، سطح جسم سرور چہرہ پیکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض نیم باز آنکھوں کے ساتھ بڑا رہتا ہے، اور اپنے گرد و پیش پر التفات نہیں کرتا۔ اور گوسوال کرنے پر اسے بیدار کر کے اٹھایا جاسکتا ہے، مگر وہ ایسی بدحواسی سے جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گویا وہ اسے اور حورای سمجھا ہے۔ تنفس ان اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنی وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس خاتمہ کے قریب کی قدر زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اسی کے ساتھ سینہ کے استحا سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اس شکل کے تنفس کو جوع الہوا کہتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بستر کے قریب ایک میٹھی سی خوشبودار یا آثیری بو محسوس ہو سکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بو سے تشبیہ دی ہے۔ یہ بو ایسیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین دن تک جاری رہے، اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بے حس اور بالآخر بالکل قومازہ ہو جاتا ہے اور موت اس منظر کو ختم کر دیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کی قدر ہڈیان کے ساتھ بڑا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبت بہت زیادہ سریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعۃً بہبوط ہو جاتا ہے، اس کی نبض سریع و ضعیف اور اطراف کبود ہو جاتے ہیں۔ جوع الہوا نمودار ہو جاتی ہے اور وہ چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں مر جاتا ہے۔

کلوی شکر بولیت (renal glycosuria) - غیر خبیث شکر بولیت

(benign glycosuria) (سلیم ذیابیطس: diabetes innocens)، ان اصطلاحات

کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض ساہا سال تک شکر مسلسل خارج کرتے رہتے ہیں، لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

انہیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے اور اکثر ۳۰ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائیڈریٹ کی ایک متعادلی جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فاقہ کرائے سے شکر یہ سرعت غائب ہو جاتی ہے۔ دموی برداشت شکر کا منحنی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دموی شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ دہلیز کلوی پست ہے۔ اس حالت کی تعیب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیدا ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب سحر بتہ کسی جانور کو فلورڈزین (phloridzin) سے مسموم کر دیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیز کلوی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ جب شکر کی موجودگی کی دریافت ترجیحی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرت بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا ماضی سرگذشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکر کی تشخیص یقینی ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کر دی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور "ناطقتی" کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کر دیا جائے کہ پیچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پھوڑوں، حکلتہ، یا قوما کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطس ہونا نامعلوم ہے، قوما کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں درد شکم ہی (جو شکر کافی شدید ہو سکتا ہے کہ اس سے شکم تشنگانی کی ضرورت محسوس ہو) قوما کے آغاز کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔ خاص وقت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ کبھی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر حقیف سی ترجیح ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سرپیری کا شفا شدہ سے متعلق منالطات پر پہلے غور کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فینائل ہائیڈرینزینی کا شفا سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہو چکی ہو تو بھی یہ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکر میں مبتلا ہے۔

اگر دومی شکر ۱۶۔ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہوگی، مگر اگر وہ اس سے کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ برداشتِ شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی ڈیکسٹروز کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دئے جائیں جس سے اندازیں بھی مدد ملے گی۔

انذار۔ ذیابیطس شکر ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معمر اشخاص کے نسبت نوعمروں میں زیادہ سرایت اور ناموافق ممر کا رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور بااحتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انداز بہتر بھی ہو گیا ہے۔ بعض اصابتوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکر کی برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شفا یابی ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے پرہیزی غذا پر بسر کر سکتا ہو اور پھر بھی اس کی دومی شکر طبعی درجہ برقرار رہتی ہو۔ بلا علاج کے انذار نو عمر مریضوں میں بلا استثناء ناموافق ہوتا ہے کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ دورانِ مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انذار اسی قدر زیادہ ناموافق ہوگا۔ معمر اشخاص میں جنفیں نام نہاد "غذائی شکر بولیت" ہو، علاج نہ ہونے کی صورت میں ہلکے نتیجہ نہ ہونا چاہئے۔ لیکن چھپ چھپ (مثلاً راج پھوڑے، نزول الماء اور التهاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اس واسطے ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ چھپ چھپ پیدا نہ ہونے پائیں۔

تحریر تیز۔ چوں کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہذا وقتاً فوقتاً امتحانِ بول کی سفارش کی گئی ہے۔ امتحانِ بول تندرست اراکینِ خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہئے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آ رہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فرہی اور مرکزی عفو نہت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

علاج - ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، 'رولو (Rollo) نے کیا۔ اُس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی۔ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور یونین اور شحم کی بڑی بڑی مقداریں دی جاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کئی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا مقابلہ شاذ امر تھا۔ اُن تجربات نے جو ایف۔ ایم۔ آلین (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کئے، اور اُن سرری مشاہدات نے جو آن نوز ڈین، گویلیا (Guelpa) اور گراہم نے مختلف اوقات میں کئے علاج ذیابیطس میں تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کردہ طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دی جاتی، کاربوہائیڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو متقدماً معمول سے کم غذا دی جاتی تاکہ وہ دُبلارہ رہے۔ کم غذا ماننے والے شخص میں اساسی تحول پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری یافت پر کام کا بار نسبت کم پڑتا ہے۔ یہ امر اُس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر اُن پر کام کا بار حد سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب و خستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پروٹین والی غذا اساسی تحول کو بلند کر دیتی ہے۔ اسی کو پروٹین کا نوعی حرکی فعل کہتے ہیں اینٹروپ کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کیفیت سخت دیداد بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا چوندانی راسی سرایت، عفونتی لوزتین، مرارہ یا زائدہ دودید کی وجہ سے ہوا، استیصال کر دینا چاہئے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انسولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دموئی شکر چوبیس گھنٹوں کے دوران میں طبعی حدود کے اندر رہے۔

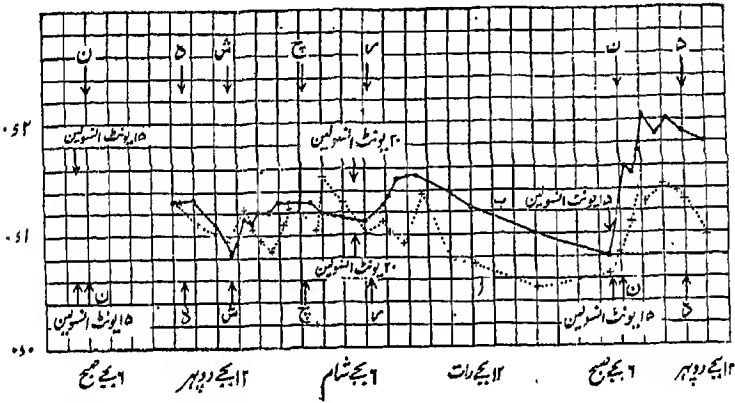
اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ پین کے ایک مریض کی دموئی شکر کی تخمینوں پر

مستنبط کیا جاسکتا ہے، جو شکل ۵۹ میں بتلائی گئی ہیں۔ منحنی ب اوسط منحنی الف کے نسبت بلند تر ہے، کیونکہ کیفیت پر وٹمین کے بجائے کاربوہائیڈریٹ دیا گیا تھا۔ وزن الف اور ب میں غذا وہی تھی۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے بارہ گھنٹے کے وقفوں سے روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر بہ حیثیت مجموعی ایک دو گونہ منحنی پیدا کرنا تھا اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد ہو کر اُس کے بعد ایک سقوط ہوتا تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کیفیت کمتر مقدار سے صبح کا ارتفاع شام کے ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے پہلے شروع ہو گیا، اور اُس کی توجیہ اُس بڑھی ہوئی سحلی فعالیت سے ہو سکتی ہے جو بیدار ہونے پر دفعۃً واقع ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں انسولین کی مساوی معادلوں کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلند تر ہو، اور جب انسولین کی تین معادیں چھ بجے صبح ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنی رات کے کھانے کے بعد دی جاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی تسقید ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت، غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اس وجہ سے وہ رات تک ملتوی ہو جاتا ہے (12)۔

جب علاج ابتداء شروع کیا جاتا ہے تو مریض یا ۵ اکائیوں کے اثرات ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئے جاتے ہیں۔ یہ معاد ہر دوسرے یا تیسرے روز بقدر مریض یا ۵ اکائیوں کے بڑھادی جاتی ہے۔ اس سے پیشاب میں شکر کم ہو کر بالآخر غائب ہو جاتی ہے۔ اس وجہ میں اگر مشاہدہ خالی کرنے کے بعد موی شکر کی تخمین کی جائے اور آئندہ ۵ منٹ کے دوران میں خارج ہونے والے پیشاب کا امتحان کیا جائے تو وہ ہلینز کلوی کی تعیین کی جاسکتی ہے۔ اگر وہ ہلینز کلوی طبعی یا معمولی (۰.۱۶ - ۰.۱۸) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متواتر وقفوں پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ موی شکر کبھی حد سے زیادہ بلند نہ ہتی۔ لیکن اگر وہ ہلینز کلوی پست ہے، جیسا کہ ذیابیطس کے مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے تو متقل و متوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع

نہ کرنی چاہئے۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو فارورے کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب انسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبعی ہو جاتے ہیں۔ پیچیدہ اصاباتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہو جانے کے بعد انسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہئے یہاں تک کہ مریض اُس کی متاد کے دو تا چھ گھنٹے بعد ایک نہایت خفیف سا قلیل شکر و موتی رد عمل (hypoglycæmia reaction) محسوس کرنے لگے، یعنی جوارح کا لرزہ ہینہ، بھوک، خلو، یا متلی، دوران سر یا جگر، ذہنی اختلالات، درد سر، اختلاجات، خستگی، غشی، سن بن، سردی یا گرمی کے احساسات، اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات اُن کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں، اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ انسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اس تجربہ کی بنا پر اس کا آئندہ علاج نسبتاً زیادہ وثوق و اعتماد کے ساتھ کیا جاسکے گا۔ اعظم متاد جس کا مریض متحمل ہو سکے گا اُس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کر دیتی ہے، اور یہی متاد تجویز کرنی چاہئے، کیونکہ یہ دموئی شکر کو طبعی و حسبِ پر اور پیشاب کو مستقلًا خالی از شکر رکھے گی۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموئی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی۔ اگرچہ طبی اشخاص میں دموئی شکر تقریباً ۱:۱۰۰ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہو جاتے ہیں، آخر الذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دلاز تک بیش شکر و موتی رہ چکے ہوں دموئی شکر کے نسبتاً بلند تر، مثلاً ۱:۴۰ فی صدی، ۱:۱۲ فی صدی، بلکہ ۱:۱۸ فی صدی سے بھی اوپر کے لیوولوں پر محسوس ہو سکتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصہ دلاز سے بیش شکر و موتی کے متوافق ہو چکا ہے (89)۔ سخت لاغر مریضوں کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے۔ اُن کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائیڈریٹ دینا چاہئے تاکہ قلیل شکر و موتی کے شدید علامات نہ پیدا ہونے پائیں، اور سب ریوی کی حالت میں انسولین کی مقدار بتدریج بڑھانی چاہئے تاکہ دموئی شکر بتدریج کم ہو، ورنہ ممکن ہے کہ سرایت شدید طور پر بھڑک اُٹھے۔

ملن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک - تا دو دوا تین گھنٹوں میں قلیل شکر و مویت کے علامات پیدا کر دئے اور پھر قبل اس کے کہ دوسری مقدار ۱۲ گھنٹہ کے عرصہ میں دی جائے وہی شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ دوا عیہی اس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہئے، یعنی، بجے صبح، ایک بجے دوپہر اور ۷ بجے شام کو یعنی تین خاص کھانوں سے پہلے۔



شکل ۵۹ - دوی شکر ایک چالیس سالہ آدمی کی جس کا وزن ۱۳۸ پونڈ تھا۔
منحنی الف اُس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی جا رہی جس میں ۸ گرام پروٹین، سبزیوں اور شحم تھیں۔ منحنی ب، تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد لایا گیا کہ ۳۰ گرام پروٹین کی بجائے اتنی ہی مقدار کاربوہائیڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حراری قدر ۱۸۰۰ سے ذرا اوپر تھی۔
انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ - ۵ دوپہر کا کھانا۔ ش شام کا کھانا۔
چچ چائے۔ س رات کا کھانا۔ دوی شکر ہیکٹارن (Hagedorn) او جینسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے اشتراک کے بعد فوراً مریضوں کو ٹونک لگنے کی سی

کیفیت کی شکایت ہو جاتی ہے، جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اس کی تبدیل کیلئے پیکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر بیہ طبعی کا سٹک سوڈا ($\frac{1}{100}$ N. caustic soda) کھینچ لیا جائے، جس میں ۲۵ رو فی صدی ٹرائی کریمال (tricalsol) موجود ہو اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیا جائے۔ اس کی ٹھیک مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہئے کہ جس سے پیکاری میں مُرتسب انسولین کی وجہ سے نحیف سا تکر پیدا ہو جائے۔ انسولین بصورت قرص بھی دستیاب ہو سکتی ہے جسے اشراب سے فی الفور پہلے آب عقیقہ میں حل کر لیا جاتا ہے۔ شری دوڑے جو مقام اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہو کر دو یا تین دن میں رفع ہو جاتے ہیں یہ بالخصوص اُن نجاتوں کے باعث ہو جاتے ہیں جو اس خاص چھاپ کی انسولین میں موجود ہیں، لہذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزمانا چاہئے۔ بیشتر انگریزی انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کو بدل کر خنزیری انسولین دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس گری کا نتیجہ ہوں اور چھوٹی چھوٹی اور بڑھتی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت رُبائی کی آزمائش کرنی چاہئے۔ انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض معیاری غذائی ضابطے

کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی نسبت												حرارے
۱:۶			۱:۴			۱:۲			۱:۱			
پ گرام	ش	لکھ	پ گرام	ش	لکھ	پ گرام	ش	لکھ	پ گرام	ش	لکھ	
۷	$\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	۱۷	$\frac{1}{2}$	۱	۶	۱	۱	۱۶	۱	$\frac{1}{2}$	۲۰۰
۵۲	$۳\frac{1}{2}$	$۱۰\frac{1}{2}$	۵۹	$۴\frac{1}{2}$	۹	۶۴	$۶\frac{1}{2}$	$۶\frac{1}{2}$	۴۷	۹	$۴\frac{1}{2}$	۱۲۰۰
۶۷	$۴\frac{1}{2}$	$۱۳\frac{1}{2}$	۶۲	۶	۱۲	۷۷	$۸\frac{1}{2}$	$۸\frac{1}{2}$	۷۹	۱۱	$۵\frac{1}{2}$	۱۸۰۰
۸۱	$۵\frac{1}{2}$	$۱۶\frac{1}{2}$	۶۶	$۷\frac{1}{2}$	۱۵	۱۰۱	$۱۲\frac{1}{2}$	$۱۲\frac{1}{2}$	۱۱۳	۱۰	۵	۲۲۰۰

ش = ۱۰ گرام شحم

لکھ = ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ

مریض کی غذا اُنی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہئے۔ اگر اس کا وزن طبعی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اساسی حراری احتیاج، صفحہ ۳۷ پر صفحہ 460 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دی جاتی ہے۔ ایک قعودی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہونی چاہئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے، ترمیمات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فریبہ ہے تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے اور حراری قدر کا حساب اسے تخمین کر وہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئینکے والٹر (Ainley Walter) کی پیمائشوں سے طویل جزیع (stem length) سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۶۰۰ یا ۸۰۰ کچھ غرضتہ تک کام میں لائی جاسکتی ہیں۔

جدول ۷۲ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

جسم کا طویل رینچ	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۲۰	۳۱	۲۵	۲۱	۳۱	۲۵	۲۱
۲۲	۴۱	۳۴	۲۷	۴۱	۳۴	۲۷
۲۴	۵۲	۴۴	۳۹	۵۵	۴۵	۳۷
۲۶	۶۸	۵۶	۴۶	۶۹	۵۷	۴۷
۲۸	۸۶	۷۰	۵۷	۸۸	۷۲	۵۹
۳۰	۱۰۵	۸۶	۷۰	۱۰۹	۹۰	۷۴
۳۱	۱۱۷	۹۴	۷۸	۱۲۱	۹۸	۸۲
۳۲	۱۲۸	۱۰۴	۸۵	۱۳۳	۱۰۹	۹۰
۳۳	۱۴۱	۱۱۴	۹۴	۱۴۶	۱۱۹	۹۹
۳۴	۱۵۴	۱۲۵	۱۰۳	۱۶۰	۱۳۱	۱۰۹

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۳۵	۱۶۹	۲۳۶	۱۱۲	۱۷۵	۱۴۲	۱۱۸
۳۶	۱۸۳	۱۴۸	۱۲۲	۱۹۰	۱۵۵	۱۲۹
۳۷	۲۰۰	۱۶۱	۱۳۴	۲۰۸	۱۶۹	۱۴۲
۳۸	۲۱۷	۱۷۴	۱۴۴	۲۲۶	۱۸۳	۱۵۳

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبعی افراد کی تقریباً ۹۰ فی صدی تعداد میں جواہر اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی جماعت والے اشخاص میں یہ نہایت وسیع ہے (۳)۔

473

مریض زمین پر بیٹھ کر اپنی پشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگا کر رکھتا ہے اور اس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سر کی چوٹی تک انچوں میں ناپ کر اس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے، جو بغیر کیڑوں کے پاؤندوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ ڈبلا ہو تو اس کے طبعی سحول کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ تحقیق ۳ میں اوسط وزن سے جو اس کے جسم کے طول کے متناسق ہو کام لیا جائے نہ کہ اس کے اصلی وزن سے۔ جدول ۳ عمومی استعمال کیلئے ہے جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہو سکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد ڈبلا ہے۔

ذیابیطس مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائیڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں، اور بشرطیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انسولین کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی پست کاربوہائیڈریٹ غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا جس میں ۶:۱ کی نسبت ہو، ایک قریب مریض میں دومی شکر کو گھٹا کر طبعی تک لائے میں کامیاب ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیاتین ا اور د مزید دینی چاہئیں۔ غذا میں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے، مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

ہیں جن میں سے بعض جدول میں دئے گئے ہیں۔ ہر ضابطہ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائیڈریٹ
راتبوں کی ۱۰ گرام کے شحمی راتبوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد
ہے۔ اوپر کی سطر کو جو کہ ۲۰ حراروں کے تناظر ہے، جمع اور تفریق کر کے مزید
ضابطے نکالے جاسکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں
کیا گیا کہ پروٹین کاربوہائیڈریٹ یا شحم کا ماخذ ہو سکتی ہے۔ ایسے ضابطات حد سے
زیادہ فرضی ہوتے ہیں اور بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا گھسراں
کاربوہائیڈریٹ کے ماخذ کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائیڈریٹ اور
شحم میں ۲:۱ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی، لیکن بچوں کے لئے
۴:۱:۱ مرچ ہے، اور ایک بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذا صلابت شرائین ذبحہ
صدریہ، عفونت اور رلوی میں خاص طور پر مفید ہوگی۔ قدیم رواج کی غذا
۱:۱ کے تناظر تھی۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف ب اور ج
سے حاصل کئے جاتے ہیں جو ہر غذائی شے کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے
یا آدھے کاربوہائیڈریٹ یا شحمی راتب کے تناظر ہے، اور فہرست د میں ایسی غذائیں
درج ہیں جن میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہے، اور گھر میں معمولی
استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطسی مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہو
جو کہ معمولی موضوع عادتاً کھاتا ہے، بشرطیکہ اس کے اجزاء معلوم ہوں اور غذاؤں
کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہو سکتا ہے۔
اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں، کسی
دوسری جگہ شائع کی جا رہی ہے (54)۔ شکر والے کھانے (dishes) عام طور پر انسولین کے
ذرا ہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب
اس کو بالکل منع کر دیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے، لیکن آلوؤں
سیم کی پھلیوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا ان کو تولنے کی ضرورت
نہیں۔ صاف بخنی آواز نہ طور پر لے سکتے ہیں۔ الکحل دینے میں وہ مقصد نہیں ہو سکتا
جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ بیروں
(beers) میں ہم تاہ فی صدی کاربوہائیڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ میٹھا کرنے کے لئے

سکرین (saccharine) استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائیڈریٹ اور شحم سے اعتنا کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس کی احراری قدر اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شحم کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ غذا کو گراموں میں تولاجائے اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا جائے جو کہ انہیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ناسب دئے گئے ہیں۔ ان کاربوہائیڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ انسولین سے تقوڑی دیر بعد دینا چاہئے، لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار دوپہر کے کھانے کے وقت، بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دیا جاسکتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کی بڑی مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تاکہ وہ اپنا اعظم اثر کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اس وقت ظاہر کرے جب کہ دموی شکر بھی اپنے درجہ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو رد عمل کھانے سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہو جائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی شکر بولیت کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دوران حمل کی شکر بولیت اکثر اوقات اسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں حمل کے ساتھ حقیقی ذیابیطس بطور ایک پیچیدگی کے موجود ہو، اس عورت کو اس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہئے کہ حمل کو ختم کر دیا جائے یا نہیں اور اگر حمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کر دینا چاہئے۔ شکر بولیت اور بیش شکر دمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو رفع کر دینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے، اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی تمام اصابتوں میں اولی نقص لسلہ میں ہوتا ہے، لہذا قریب عقل یہی ہے کہ اس قلت کی تمویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے، اور جب پیچیدگیاں جیسے کہ گنگرین، نزول الماکرسل ریوی، ذبحہ صدریہ وغیرہ موجود ہوں تو یقیناً یہی کرنا چاہئے۔ نہایت خفیف معطر مریضوں کی حالت میں انسولین اور ش میں ۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دموی شکر کو گھٹا کر

فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ کے اراتب (کس)

ان مقدار میں پروٹین بھی موجود ہے

گرام	اونس	یا	۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں
۲	$\frac{4}{8}$	۲۶	موتیا بنو (pearl barley)
			سیم کی پی کی ایک قسم (butter beans)
۸	۵	۱۳۹	اس وقت جبکہ وہ دسترخوان پر چنی جائے۔
۲	$\frac{4}{8}$	۲۴	پن بکٹ (H&P) (water biscuit)
۳	$\frac{4}{8}$	۲۵	پتلے کیٹن بکٹ (captain biscuit)
۳.۵	$1\frac{1}{4}$	۳۸	روٹی چھنے ہوئے آٹے کی
۵	$1\frac{1}{2}$	۴۹	ہے چھنے ہوئے آٹے کی (Hovis)
۰	$1\frac{1}{4}$	۳۲	خشک کردہ کشمش
۳	۱	۲۶	آٹا
۳	$\frac{4}{8}$	۲۶	فورس (force)
			+ گولڈن سرپ لائل کا (Lyle's)
۰	۱	۲۶	golden syrup)
۰	$\frac{4}{8}$	۲۵	+ شہد
۳.۵	۱	۲۶	مکرونی (Macaroni)
			+ مارلیٹ، کوپر (Cooper) کا
۰	$1\frac{1}{4}$	۳۵	آکسفورڈ کا
۵	۱	۳۰	جی کا آٹا (oat meal)
۱۱.۵	۶	۱۷۳	مٹر تازہ ابلے ہوئے
۲	.۵	۱۴۲	آلو، نئے ابلے ہوئے
۲	۴	۱۱۵	پرائے
۲	۱	۲۸	چاول تو لے ہوئے (اور پھر دھوئے ہوئے)
۲.۵	$\frac{4}{8}$	۲۶	سگودانہ

ان مقداروں میں پڑھیں بھی جائے

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں

گرام یا اونس

۲۱ ۲۳

شکر + کساد کی سوچی (tapioca)

فہرست ب - نصف کاربوہائیڈریٹیں (پلک س)

پھل، جوامارہ اور پختہ ہوں الا اس صورت میں کہ انکے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تولا جاتا ہے۔

پھل

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں

اونس گرام

۳۱/۲ ۹۲

۵۲/۲ ۱۶۲

۲ ۵۶

۶۱/۲ ۱۴۲

۳۱/۲ ۹۳

۵۴/۲ ۱۶۶

۹ ۲۵۵

۴ ۱۱۵

۴۱/۲ ۱۲۰

۲۱/۲ ۷۲

۳۱/۲ ۹۳

۴۳/۲ ۲۱۸

۴۱/۲ ۱۶۶

۴۱/۲ ۱۱۸

۳۵/۲ ۱۰۴

۱ ۳۱

۴ ۱۱۳

سیب

خوبانی (apricot) ، چھلکے سمیت، لیکن گٹھلیوں کے بغیر

کیلا

لیک بیرری (blackberries)

شاہ دانہ (cherries)

کشمش سیاہ

کشمش سرخ

آلو بخارا (damsons)

گوس بیرری (gooseberries)

انگور

گرین گریج (greengages)

یلو میلن (yellow melon)

نارنگی

آٹو

ناشپاتی

انٹاس، ٹین بند

پلم (plum) (Victoria)

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں

اونس	گرام	پرون (prunes) جو معہ گھٹلیوں کے دھیمی آنچ پر پکائے ہوئے ہوں
۳	۸۲	رَس بھری (rasberries)
۶ ۱/۲	۱۹۶	اسٹرابری (strawberries)
۶ ۱/۴	۱۴۶	

ان میں پروٹین ناقابل التفات ہے

سبزیاں

گروہ ۱

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :-

سوئیڈی شلجم (swedes)	پیاز	چقندر
نصف چھوٹا گریپ فروٹ (grapefruit)	پارسنپ (parsnip)	کاجر
	گروہ ۲	

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :-

مولی	Jerusalem	یروشلم آرٹی چوک
ریونڈ چینی	(celery)	کرفس
بحری گوسہی (sea kale)	کھیرا	artichokes)
اسفناج (spinach)	فرانسیسی پھلیاں (French)	اسپیراگس (asparagus)
مشاٹر	beans)	برسلر سپروٹز (Brussel's)
سلاد آبی (watercress)	کاهو (lettuce)	sprouts)
	گہیا کدو (marrow)	کرم کلمہ (cabbage)
	مٹھوانڈ کریس (mustard & cress)	پھول گو بھی (cauliflower)

فہرست ج - نصف شحمی راتب (۱/۴ مش س) ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی ہوگی

گرام	اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام شحم موجود ہے
۵	۱/۴	۶	کھن
۵	۱/۴	۱۵	پنیر شڈر (cheddar)

ان مقداروں میں اتنی پڑھیں جتنی ہوگی	گرام	اونس	مندرجہ ذیل میں ۵ گرام تخم موجود ہے
۵	۱۲	$\frac{1}{3}$	پنیر، بالندی (Dutch)
۶	۵۶	۲	انڈا، ایک عدد

475

مچھلی وغیرہ

خوردنی حصہ پکایا جاتا ہے

ان مقداروں میں اتنی پڑھیں جتنی ہوگی	گرام	اونس	مندرجہ ذیل میں ۵ گرام تخم موجود ہے
۶	۲۹	۱	بلوٹر (bloaters)، کباب کی ہوئی۔
۳	۲۸	۱	ایل (eel)، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی۔
۶	۲۶	۱	ہرننگ (herring)، تلی ہوئی
۱۰	۴۴	$1\frac{1}{4}$	کپرز (kippers)، تنور میں بھنی ہوئی۔
۹	۴۴	$1\frac{1}{4}$	میکرل (mackerel)، تلی ہوئی
۴۵	۲۲	$\frac{3}{4}$	سارڈینز (sardines)
			سپرائٹز (sprats)، دھوئیں میں لکھائی ہوئی
۵۵	۲۱	$\frac{3}{4}$	اور کباب کی ہوئی۔
			سفید مچھلی (white fish)، بھاپ سے
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	پکائی ہوئی۔
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	کیکڑا (crab)، بلا سی کے
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	جھینگا مچھلی، بلا سی کے +
۱۵	۷۰	$2\frac{1}{4}$	چھوٹی جھینگا مچھلی، بلا سی کے +

* اس میں ۴ گرام مکھن ملاؤ

گوشت

۴	۱۵	$1\frac{1}{4}$	سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت
			گردن کا پٹھ اور ران کا۔
			سور کی بے چربی کی ران، نمک لگائی ہوئی اور
۸۵	۳۷	$1\frac{1}{4}$	دھوئیں میں پکائی ہوئی۔

ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے	اونس	گرام	مندرجہ ذیل میں گرم شحم موجود ہے
۱۱ گرام	$\frac{1}{4}$	۴۰	گائے کی پیچھے کا گوشت، بے چربی کا
۱۸	۲	۵۸	گوشت کا قتلہ، دھیمی آنچ پر پکا ہوا، راس میں چربی نہیں ہے)
۱۲.۵	$\frac{1}{4}$	۴۳	بھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، لپٹا ہوا
۸	۱	۳۰	بریاں کیا ہوا۔
			دیگر گوشت، بے چربی کا

اعضا

۸.۵	$\frac{1}{4}$	۲۴	قلب، بریاں کیا ہوا
۱۵.۵	۲	۵۵	گردہ، سلا ہوا
۱۰	۱	۳۲	جلگر
۱۲.۵	۲	۵۵	لبلبہ، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا
۴	$\frac{3}{4}$	۲۱	دبان، دھیمی آنچ پر پکاٹی ہوئی
۱۵	۳	۴۳	اوجھڑی، دھیمی آنچ پر پکاٹی ہوئی

مرغیاں بطخ وغیرہ

۲۰	$\frac{1}{4}$	۶۸	چوزہ، بریاں کیا ہوا
۵	$\frac{3}{4}$	۲۱	بطخ، دھیمی آنچ پر پکاٹی ہوئی
۶	$\frac{3}{4}$	۲۲	ہنس
۱۵	$\frac{1}{4}$	۴۲	پارٹریج (partridge)
۱۶	۲	۵۴	فیزنٹ (pheasant)
۱۴	$\frac{1}{4}$	۳۳	ارنب (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا
۱۹.۵	$\frac{1}{4}$	۳۳	پیرو (turkey)، بریاں کیا ہوا

فہرست ۵۔ وہ غذا جس میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہیں

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	شحم	گرام
دو وہ ملک سنیٹ میٹروں میں ناپا ہوا	۲۰۰	۷	$\frac{1}{4}$	۴

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	کے	ش	گرام سوچو میں
	۲۶۰	۱۳	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۳
	۵۶۰	۲۰	$1\frac{1}{4}$	۲	۲۰
بیسکٹ					
باتھ آلیور (bath oliver) ($1\frac{1}{4}$ پز)	۴۶	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۴۵
برکیکسٹ (breakfast) (۷)					
(H & P)	۵۴	۲	۲	$1\frac{1}{4}$	۵۵
کریم کرکیٹر (cream cracker)					
(H & P) (۷)	۵۶	۲	۲	۱	۴۵
پتی بیور (Petit Beurre) ($1\frac{1}{4}$ پز)					
P.F	۴۴	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۴۵
شارٹ بریڈ (shortbread)					
(P.F) ($1\frac{1}{4}$ پز) (Grenock)	۳۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱	۲۵
+ چاکولیٹ (chocolate) بورنویل					
(Bournville)	۵۶	۲	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۰
+ چاکولیٹ برکیکسٹ (chocolate)					
(cadbury) breakfast	۲۶	۱	۱	-	۱۵
سپاریاں (nuts)					
برازیل (brazil)	۱۵	$1\frac{1}{4}$	-	۱	۲۵
جوز (chestnut)	۷۵	$2\frac{1}{4}$	۱	$1\frac{1}{4}$	۴۵
فلبرٹس (filberts) (۵ اگرام ڈبل)					
روٹی ملاؤ	۱۵	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۴
اخروٹ	۱۶	$1\frac{1}{4}$	-	۱	۳
مختلف					
+ ۱- فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	$1\frac{1}{4}$	۱	$1\frac{1}{4}$	۲

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	انس	ش س	گرام موچو میں
۲۔ اسفنج کیک (sponge cake)	۳۷	$1\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲
۳۔ پنیر کی لڑیں (cheese straws)					
۱۔ پنیر میں دی ہوئی مقدار کا ایک چوتھائی حصہ۔	۵۳	$1\frac{1}{4}$	۱	۱	۸۵۵
۴۔ پنیر کے ساتھ کچی ہوئی مکرونی (macaroni cheese) نصف					
پڈنگ۔	۲۰۰	۷	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۶۵۵
۵۔ آلوؤں کا بھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	$2\frac{1}{5}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲۶۵۵
۶۔ (۱) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ بجائے پکائی ہوئی - نصف پڈنگ (ب) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ	۱۵۰	$5\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
تنور میں بھنی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۳۰	$2\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۷۔ ڈبل روٹی اور کھن کی پڈنگ۔ خف پڈنگ	۱۷۰	$4\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۰۵۵
۸۔ خوش مزہ پڈنگ - نصف پڈنگ	۲۱۰	۷	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۱
۹۔ (۱) سوٹ (suet) کی پڈنگ بجائے پکائی ہوئی - نصف پڈنگ (ب) سوٹ کی پڈنگ تنور میں	۵۹	۲	۱	۱	۴
بھنی ہوئی - نصف پڈنگ	۴۷	$1\frac{1}{4}$	۱	۱	۴
۱۰۔ یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ۔	۱۱۳	۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۱۱۔ ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۲

+ وہ غذائیں جن پر یہ نشان ہے ۱۰۔ ۱۱ گرام سے زیادہ حل پذیر کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور صرف طبیب ہی ان کی اجازت دے سکتا ہے۔

شیر

(۱) فروٹ کیٹ - $\frac{1}{2}$ پونڈ آٹا - $\frac{1}{2}$ پونڈ سمرنا کی کشش - $\frac{1}{2}$ پونڈ شکر - $\frac{1}{2}$ پونڈ مکھن - ۲ انڈے - $\frac{1}{2}$ اونس دودھ - ۱۰ گرام رائے بکینگ پوڈر (royal baking powder) (ٹی سپون غل) - تنور میں ایک گھنٹہ۔

(۲) سفینج کیٹ - ۱ اونس آٹا - $\frac{1}{2}$ پونڈ شکر - ۲ اونس مکھن - $\frac{1}{2}$ اونس دودھ - ۲ انڈے - ۱۰ گرام بکینگ پوڈر (ہموارٹی سپون غل) - تنور میں ۳۵ منٹ۔

(۳) پنیر کی لوزیں (cheese straws) - ۷ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) پنیر (پیرا (parma) کا) ۱۳ گرام (۴ اونس) آٹا، ۶۲ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) مکھن، ایک انڈے کی زروئی، $\frac{1}{2}$ اونس پانی، نمک، تیتیا مرچ - آٹا چھان لو، مکھن ملا کر لو، گھس کر مچھلا ہوا پنیر اور سالے ملاؤ، اور خفیف طور پر پھینٹی ہوئی انڈے کی زروئی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کر جس سے ایک سخت پیڑا بن جائے، اس کو ہلکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلاؤ اور کاٹو - تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese) - ۴۵ گرام (۲ اونس) مکرونی (یا ۳۵ گرام (۱ اونس) سبکیٹی (spaghetti)) چھنی سے اٹکے اجزاء ۶۲ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) شڈ پیڑیز مکرونی کو پانی میں ایک گھنٹہ تک جھگوئے رکھو پھر نمک ملا کر چون دیا تک کہ نرم ہو جا، پھر چھان لو تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملاوہ، رائی اور نمک کے ذریعہ خوب سالہ دو بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹومے میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھپڑکا دو اور تنور میں بھورا کرو - مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) آلوؤں کا بھرتا - ۲۰۰ (۷ گرام) چھلے ہوئے پرانے آلوؤں کو بوشٹ یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں، پانی کو پھینک کر خفیف سی بھاپ دو تاکہ وہ پورے پک جائیں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی - ایک اونس دودھ، ۱۳ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) مکھن کے ہمراہ بھرتا بناؤ اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ - ۷۰ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) آٹا، ایک انڈا، ۶ اونس دودھ، ۱۳ گرام ($\frac{1}{2}$ اونس) مکھن تیلے کے لئے - آمیز کر پھینٹو اور ڈھانک کر رکھا رہنے دو گا ہے گا ہے پھینٹو - پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ مکھن اچھی طرح گھٹلا ہوا ہو۔ مدت ایک گھنٹہ (ب) اس کو ۴۰ منٹ تنور میں بھونا جاسکتا ہے۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پلنگ - ۷۵ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی ۶ گرام (۱/۲ اونس) مکھن ایک انڈا ۱۰ اونس دودھ ۲۱ گرام (۳/۴ اونس) سمزنا کی کشمش - مدت دو گھنٹہ۔

(۸) خوش ذائقہ پلنگ - ۷۵ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے ۱۶ گرام (۱/۲ اونس) مکھن ۲ انڈے ۷ اونس دودھ معتدل جسامت کا ایک پیاز - مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسلی (parsley) سیاہ مرچ اور نمک - پیاز کے ٹکڑے کر کے نمکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے انڈوں کو پھینٹو اجزا کو آمیز کرو اور اور بوٹیوں سیاہ مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب سالہ دار بناؤ، کٹورے میں مکھن لگاؤ اور ۵۰ - ۵۵ منٹ تک تنور میں بھونو۔

(۹) سویٹ کی پلنگ - ۹۴ گرام (۳/۴ اونس) آٹا ۲۲ گرام (۱/۲ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سویٹ (Atora) ۱/۲ اونس دودھ ۴ گرام رائل بیکنگ پوڈر، نمک - آٹے، بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو۔ سویٹ ملاؤ، پھر دودھ ڈال کر اس کو چھری کے ذریعہ خوب آمیز کرو۔ آمیزہ کو ۷۰ میں بھل پر ایک "ٹوپی" کی صورت میں لگانے کے لئے چاقو استعمال کرو۔ (۱) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۸۰ منٹ تک بھاپ پر پکا یا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳۰ منٹ تک بھونا جاتا ہے۔ (ج) اگر ایک سلور سائڈ سٹو (silverside stew) میں ڈمپلنگز (dumplings) کی ضرورت ہو تو ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا آمیزہ میں اور ۱۰ گرام (۱/۲ اونس) آٹا ڈمپلنگز کو ڈھانکنے کے لئے استعمال کرو۔

(۱۰) یاسلے شائر (Yorkshire) کی پلنگ - وہی آمیزہ جو کہ ۷۵ میں ہے، لیکن ڈش (dish) کو بھوننے کے لئے مکھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۱۱) سفید چٹنی کا گھان (pouring) - ۴۱ گرام (۱/۲ اونس) آٹا ۴۱ گرام (۱/۲ اونس) مکھن ۶۱/۲ اونس دودھ نمک اور سیاہ مرچ - مکھن کو گھٹلاؤ اور آٹے کی تھ

گرام	اونس	لک	ش	گرام پ
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
کھن (فہرست ج' حصہ) ٹماٹر (فہرست ب)				
شام کا کھانا				
(الہامی ۲ ش) سور کی ران، نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں بریاں کی ہوئی				
۸۰	۳	-	۱	-
(فہرست ج' ۲ حصے) اُبلے ہوئے آلو پرانے (فہرست				
۱۱۵	۴	۱	-	۲
۱۲	$\frac{3}{4}$	-	۱	-
کھن (فہرست ج' ۲ حصے)۔ سبزیاں (فہرست ۱) نصف چھوٹا گریپ فروٹ سلاد (فہرست ب)				
چائے (۱ لک ۱/۲ ش) ڈبل روٹی (فہرست ۱)				
۱۹	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۵۵
(۱/۲ حصہ) انڈا (۱) یا ساروین پھلپل				
۲۲	$\frac{3}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	۴۵۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
کھن (فہرست ج' حصہ) کھن (فہرست ج' حصہ) شڈرینر (فہرست ج' حصہ)				
۳۰	۱	-	۱	۹
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۵۷	۲	$\frac{1}{4}$	-	۵
ڈبل روٹی پھل (فہرست ب' حصہ)				
	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	-	-
	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۶۶

۱۸۰۰ حرارے نسبت لک اور ش کی ۱۰۲=

(۱ لک ۱/۲ ش ۸۷ گرام پ) ۷۵ گرام لک ۸۵ گرام ش ۷۷ گرام پ

گرام	اونس	لکڑی	شیر	گرام پ
-	-	-	$\frac{1}{4}$	۴
دون بھر	دودھ ۲ اونس (۱۶ پائٹ)	سبزیاں (فہرست ۱) نصف		
-	-	-	$\frac{1}{4}$	-
۱۱۴	۴	۳	-	۱۰۵۵
ناشتہ	ڈبل روٹی	چھوٹے گریپ فروٹ سمیت		
(۳ لکڑی ۲ ش ۱)	سور کا نمک لگایا ہوا اوکھلایا	گوشت گردن کا یا پیٹھا اور ران		
۳۰	۱	-	۱	۸
		کا ملا ہوا (فہرست ج ۱ حصہ)		
-	-	-	$\frac{1}{4}$	۶
۱۲	$\frac{3}{8}$	-	۱	-
		انڈا (۱) (فہرست ج ۲ حصہ)		
		کھن (فہرست ج ۳ حصہ)		
۶۰	$2\frac{1}{8}$	-	۱	۱۶
		یہ چربی کا گوشت (فہرست ج ۲ حصہ)		
۱۱۵	۴	۱	-	۲
۱۲	$\frac{3}{8}$	-	۱	-
		اُبے ہوئے آلو پڑنے (فہرست ج ۱ حصہ)		
		کھن		
		سبزیاں (فہرست ۱)		
		نصف چھوٹا گریپ فروٹ		
		سلاد (فہرست ۱)		
۱۹	$\frac{3}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۶۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
		ڈبل روٹی (فہرست ۱)		
۲۲	$\frac{3}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	۲۲۵
۲۵	$1\frac{5}{8}$	-	$1\frac{1}{4}$	۱۳۵۵
		سار ڈین مچھلیا (فہرست ج ۱ حصہ)		
		شڈرینیر (فہرست ج ۳ حصہ)		
		چائے		
		رات کا کھانا		

گرام	اونس	لبر	شہ	گرام پ
۱۶	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۶۵
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	-
چائے سلا (فہرست ب)				
۲۸	$\frac{13}{4}$	۱	-	۳۵۵
۲۲	$\frac{3}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	۴۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۴۵	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	۱۳۵
۱۱۴	۲	۳	-	۱۲
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	-
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
۸۹۶۰ $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{4}$				

طبعی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خود ہی کافی ہوں گی، لیکن کیتونیت سے بچنا چاہئے۔ یہی امتیاز ہیں کہ جن میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جاسکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیجائے۔ تاہم نفوٹیم مرینوں میں خواہ انکی حالت کیسی ہی خفیف درجہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کر دینا چاہئے، تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کیتونیشن ختم ہو سکے۔ اثر بھی پیدا ہو سکے۔ عمومی معدوم حس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ڈیکسٹروس (۲ اونس کے قریب) دے دینی چاہئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں۔

علاج ما بعد (after-treatment)۔ مرینوں کو یہ سکھلا دینا چاہئے کہ وہ خود کو انسولین کی سچکاری کس طرح لگائیں اور انہیں شکر کے لئے امتحان پول کا طریقہ بھی جاننا چاہئے۔ مہر مرینوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی موقوف کیا جاسکتا ہے، اور اس سے کوئی نقصان نہ ہوگا۔ نیز ممکن ہے کہ اس کا استعمال جاری

رکھنا ضروری ہو جائے۔ نوعمروں میں انسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہئے کہ جس کا مریض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں۔ طبی و ہلیر کلوی کے ساتھ پیشاب ہمیشہ خالی از شکر اور کیتونیت کے لئے راتخیر کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہئے۔ اکثر راتخیر کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ انسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو جس سے دموی شکر طبی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14) لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذائیں کاربوہائیڈریٹ از حد کم اور چربی از حد زیادہ ہوتی ہے، لہذا جب ایسی حالت ہو تو غذائیں کچھ ترمیم کرنی چاہئے۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو انسولین کم لینی چاہئے، کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دیتے کاربھان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک مریض جس کا علاج ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ انسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے، کیونکہ اُسے قلیل شکر دموی رہی رہی ہو رہے ہیں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اُس مقدار کو کم کرنا چاہئے۔ اگر انسولین سے شفا یابی ممکن ہے تو شفا کامل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہوگی۔

نکسار ایت۔ جب مریض کو کوئی حادہ سہرابت، مثلاً الکھتاب، لوزمین، انفلوئنزا، کھسرا، ذات الریہ، معدی معوی الکھتاب، وغیرہ ہو جاتا ہے تو جسم کو انسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے۔

(ا) اگر معمولی غذائی جاری ہے تو انسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے۔ پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہئے، اور اگر شکر ظاہر ہو تو دوپہر کے کھانے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار زائد کھانا اور دیگر) انسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ انسولین کی مقدار میں تدریجی زیادتی بھی ضروری ہو۔ لیکن جو نہی کہ پیش کر جائے اور پیشاب خالی از شکر ہو لازماً انسولین کو فی الفور کم کر دینا چاہئے۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر قحہ موجود ہے)۔

(۱) اگر پیشاب میں شکر موجود ہے تو انسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہئے، اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کر کے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے انسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو انسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہئے، اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحان کر کے اگر ضرورت ہو تو انسولین کی تازہ مقدار دی جائیں۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ انسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (اگرام فی اکائی) دینا چاہئے۔

479 ذیابیطسی قوما (diabetic coma) - ذیابیطسی قوما کے آغاز میں انسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۶۰ اکائیاں) کچھ تو سخت الجلدی راہ سے اور کچھ دروں ویدی راہ سے دینا چاہئے جس کے ہمراہ ۶۰ گرام شکر ایک پائینٹ پانی میں دینی چاہئے اور سخت الجلد اشرباب معہ شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکرر دینا چاہئے، یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے بہرا ہو جائے۔ اس کے بعد انسولین معہ شکر کے نسبتہ قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں۔ جب جب پیشاب ہو اس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قثاً طر استعمال کرنا چاہئے۔ ان احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج سے جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل شکر و موتی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیال کی بڑی مقداریں دی جائیں جس میں شکر اور شاید سوڈیم بائی کاربونیٹ موجود ہو۔ اس کے اثر سے سیلان بول جاری رہ کر زہری آکسیٹو آکسیٹک ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے۔ بے ہوش مریض میں اس سیال کو دینے کے لئے ایک معدی انبوبہ (Einhorn's tube) یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں۔ مریض کو دائیں کرڈ پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیال جاذبہ کے اثر سے فوراً آشنا عشری میں چلا جائے۔

ایک پائنت گرم عقیقہ ہم نشی محلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آزادانہ میلان بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض قے کرے تو اس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہئے تاکہ معدے کا متد نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کر کے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ کٹش کا اؤٹیا نمایاں نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی تاں اس کے گہرے قوا کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب مستعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اس کا سبب یوریا دمویت ہو، کیونکہ ایسی متعدد اصابتوں میں دموئی یوریا بلند پایا گیا ہے (12, 13)۔ مریض کو لٹا کر رکھنا چاہئے تاکہ قتل قلب نہ ہونے پائے۔

قلیل شکر دمویت (hypoglycaemia)۔ قلیل شکر دمویت کے علامات اس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید متلیل شکر دمویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جا رہا ہو۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ شدید عضلی محنت سے قلیل شکر دمویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بلند کاربوہائیڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے انسولین کی بڑی معتادیں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع پر کھانے کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ڈلے رکھیں۔

قلیل شکر دمویتی قوما (hypoglycaemic coma) کے علامت کچھ حد تک ذیابیطس قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے، نبض متلی اور مشرف ہوتی ہے، وریدی نمایاں طور پر ابھرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں کا کچھ اؤٹیا اور اس کے ساتھ ہی زراق اور سیال نفث ہو۔ مریض متلیج ہوتا ہے اور پیشاب میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ سانس نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قلیل شکر دمویتی قوما کی حالت میں ایڈرینالین (۱۰۰ میں ۱) کے ۱۰ تا ۱۵ قطرے کا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے، یا اگر اس سے ناکامی رہے تو پیٹوٹرین (pituitrin) کی یہی متادوی جاسکتی ہے۔ یہ علاج صرف اسی وقت

نفع بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلائی کو جن کا اجماع ذخیرہ موجود ہو۔ دہن کی راہ سے یا معدی
 انبوبہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر فیکیا یا ڈیکسٹروس کے ۴ تا ۸ اونس) دی جاتی ہے۔
 اگر مریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۶ یا ۵ فی صدی محلول کا دروں
 وریڈی اشرب کیا جاتا ہے۔

خود بخود بیش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔
 اب تک انسولین کے استعمال سے متعلق قلیل شکرو مویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خود بخود
 بیش انسولینیت جزیرہ لبتگرارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکوین کے باعث پیدا
 ہو جاتی ہے۔ مثالی قلیل شکرو مویت علامات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں
 غشی یا تو اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے،
 اور ان اصابتوں میں شکر دینے سے افاقہ ہو جاتا ہے۔ علیہ کے ذریعہ بعض اوقات
 قسیمی حالت معلوم ہو گئی ہے اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔
 عمیق لاشعاع کو ایک متبادل طریقہ علاج سمجھا جاسکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں
 طبی لسلبہ پایا گیا ہے اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ گاہے جبکہ
 سبب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکرو مویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع
 ماؤفیت موجود ہے، لہذا کبدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہئے۔ ایک
 امکان ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز مفقود ہے۔

480

مقدم خضاعی قلت۔ غدہ خضاعیہ کے مقدم لغتہ کے بہت سے افعال
 میں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کسبہ الجواج
 (acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجسس پر یہ پایا گیا ہے کہ
 اگر ایک لبلبہ ربودہ کتے میں خضاعیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس
 جاتا رہتا ہے اور دموئی شکر ممکن ہے طبی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر خضاعیہ کو
 تہما دور کیا جائے تو انسولین کا طبی تضاد العمل مفقود ہوتا ہے اور فاقہ کشی یا وزن
 کے بعد قلیل شکرو مویت آسانی واقع ہو جاتی ہے، جس کا علاج شکر دے کر کیا
 جاسکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم خضاعیہ کی تجہیزات آزمائی جاسکتی ہیں۔ قلیل
 شکرو مویت، سمانڈ کے مرض (Simmond's disease) (جو ملاحظہ ہو) کے نام سے

نخامی ضعفہ (pituitary cachexia) میں مشاہدہ کی گئی ہے۔
 قلیل شکر دمویت کی دیگر اصابتیں یہ ہیں: — وافر عضلی ورزش مثلاً
 لمبی دوڑ دوڑتے والوں میں یا گلاکوجن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقہ کھلانے
 سے۔ ملاحظہ ہو ضمیمہ صفحہ 504۔

غده درقہ

(THYROID GLAND)

طبعی غده درقہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو کو لائڈ کا افراز پیدا
 کرتے ہیں اور اس کو لائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شے علیحدہ کی گئی
 ہے جس کو تھائرکسین (thyroxin) کہتے ہیں۔
 انسانی جسم میں طبعاً اس شے کے تقریباً تاسہائی گرام موجود ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ آہستہ آہستہ
 بنتی ہے [غالباً ڈائی آیوڈو ٹائروسین (di-iodo-tyrosine) (48) کے درج میں
 سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے۔ جوں ہی کہ غده کے حویصلات کو استر کرنے
 والے خلیات کو لائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کو لائڈ حویصلات کے اندر مذخور ہو جاتا
 ہے۔ چنانچہ اس کے مذخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چپٹے اور ساکن ہو جاتے
 ہیں۔ فعال افرازی خلیے مکعب یا استوانی ہوتے ہیں۔ یہ عینیات کی شکل میں
 مرتب ہوتے ہیں اور ان میں متنع عروق شعریہ کی وافر مد پہنچتی ہے۔ منفرد
 تھائرکسین یا تو خارج ہو کر انھیں شریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح
 دوران خون میں داخل ہو جاتی ہے یا ممکن ہے کہ وہ کو لائڈ کے طور پر عینیات
 کے اندر مذخور ہو کر ایک حویصلہ پیدا کر دے۔ افرازی خلیے اس مرحلے یا درجہ
 میں ساکن ہو جاتے ہیں۔ درقہ کی فعالیت افرازی کی زیادتی سے اور کو لائڈ
 کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اخراج غالباً استر کرنے والے خلیوں کے
 درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (15)۔ تھائرکسین کی تاثیر یہ ہے کہ
 یہ مشارکی عصبی نظام کو تہیج کرتی ہے، شائد فوق الکروی لب کا تہیج کر کے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الطوتی آلہ جگر کو تہیج کر کے گلائو جن کو گلو کوز کی شکل میں جوئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے۔ تنفسی تبادلہ زیادہ ہو جاتا ہے اور جسمانی پیش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وظیفی فعالیت زیادہ ہو جاتی ہے اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے اور اس آلہ پر جراثیمی ستیتات کا عمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ درآں حالیکہ فوق الکلیہ کا فعل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تھاثر اکین کا فعل سست اور دیر پا ہوتا ہے۔ تکلیم کے تحول پر درقیہ کی تاثیر جو زالعینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

تھاثر کی اصطلاح سے غده درقیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجہ ذیل شکلوں میں واقع ہوتی ہے:— (۱) بیشش پرورش جس کے ساتھ حویصلات اور افزای عنیبات غدہ میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حمل اور سن یاس کا گائٹر ہے اور ممکن ہے کہ یہ بیض براری (oophorectomy) اور بیضی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہو جائے۔ (۲) کوکلائڈ گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلحہ (encapsulated adenoma) جو جامہ یا دویری ہو سکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اولی محوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی مرض گئیو (secondary Graves' disease) یا سمی غدی سلحہ (toxic adenoma)۔ (۶) مرض نجیث۔

مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحث اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوقوع ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ویلز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت ضلّاع میں زیادہ عام ہے۔ براعظم پر وہ سیوائی (Savoy) سوئزر لینڈ، شمالی اطالیہ، ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائر یا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقوع ہے۔ لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں، بلکہ اُن کے نیچے کے میدانوں میں دیہات تک پھیلتا ہے۔ مقامی المودٹ کا سٹرغالباً آئیوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، اور ایسے اشخاص میں ہونے کا رجحان رکھتا ہے جو سمندر سے دور رہتے ہیں۔ نیز وہ آئیوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہو جاتا ہے، جو پوری نہ کی گئی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے علامات حصہ لے سکتے ہیں۔ آب نوشیدنی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادے سے ملوث ہو جانا جو ممکن ہے برازی ہو۔ سرایت، کیونکہ بعض اوقات حاو کا سٹروبانی شکل میں واقع ہوتا ہے (17)۔ شناخت ناشدہ مادے [شاید ساینیز (cyanins) ہو کہ باقی لکیر کا اجتماع کرتی ہیں] اکرم کلہ اور بعض دیگر مبرزوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا۔ بلوغ اور حمل۔ تجربی حیوانوں میں حیاتین ۱ اور ج کا فقدان خواہ کثرت سے آئیوڈین موجود ہو (47)۔ گائٹر عورتوں اور نوعمریوں میں نہایت عام ہے۔ غیر گائٹری اضلاع میں واقع ہونے والے انفرادی المودٹ کا سٹروں کی توجہ بھی انہیں اصول پر کیجا سکتی ہے۔ مقامی المودٹ کا سٹرا کٹر معنای اذیما اور قنات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، آئیوڈین کی قلت غدے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے، جس کے ساتھ ہی افزائی خلیات کا تکاثر ہو کر لیفی ہیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائیڈ کی غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدے کی حالت میں خلش واقع ہو کر تشو کا مل ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس فعال درجہ کے چند سال بعد دو اقسام کا انحطاط واقع ہو جائے:۔ (الف) خلیات کا ذبول ہو کر اُن کے بجائے لیفی ناضجات پیدا ہو کر لیفیت اور دُوریری شکوین ہو، یا (ب) غدے کی بُری کلانی واقع ہو کر انس کے ساتھ اس کے کولائیڈ میں زیادتی ہو جائے،

(کولائڈی گائٹری) یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا غده کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کولائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کے غذائی سلعات خلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اسی پیچ کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کولائڈی گائٹری پیدا ہوتا ہے۔ کولائڈی گائٹروں سے غذائی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی امثال عام ہیں۔ غذائی سلعات بھی حلقش ذبول و میری تکوین یا کولائڈی تکوین کے وہی مدارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غده سے میں واقع ہو کر تے ہیں۔ بالعموم غذائی سلعات متعدد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب قریب بنویاب ہوتے ہیں۔ گائٹری کی جراثیم گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے اُبھار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے اور وہ عظم الفص کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے۔ ان گائٹروں کی طرح جو سوزر لینڈ اور سیوائی میں اس قدر عام طو ز پر پائے گئے ہیں۔ لمفی غده آسا گائٹریں غده کے اندر سرعلی قرنیست اور لمفی خلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیاتین کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات - اکثر گردن کی کلافی اور پری کا احساس بجا ہوا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹری بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع یا قصبۃ الرب یا باز گرد حنجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بہر موجود ہو۔ اگر بڑھے ہوئے غده کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں تو وہ درقیہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درقیت پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی اذیمہ)۔ کولائڈی گائٹری میں اساسی تحول طبعی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

سرطان عموماً اوسط عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت سرخ التماسلہ پیدا کر دیتا ہے، جو گرد و پیش کے حصوں میں در ریز ہو کر ان پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹری سبب سرطان یا لمفی سلسلہ ہوتا ہے تو عموماً غده کے افعال جاری رہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی بالیدیں موجود ہوں تو درقیہ کے استیصال کلی سے مخاطی اذیمہ نہیں پیدا ہوتا۔

تشخیص کسی کلائی کی در قیہی نوعیت اس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ ننگنے کے فعل کے دوران میں حجرہ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے۔

علاج۔ مقامی الحدوث گائٹر کے رقبوں میں حفظاً تقدم کا طریقہ یہ ہے کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۱۰ گرام سوڈیم یا پوٹاسیم آیوڈائیڈ استعمال کیا جائے۔ سوئزر لینڈ کی ریاست (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کو گرام کے ساتھ ۲۵ تا ۵۰ گرام پوٹاسیم آیوڈائیڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے۔ غده کی غیبت طبی حالتیں جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں، درست کر دینی چاہئیں۔ دوران حمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی گائٹر رد کا جاسکتا ہے۔ گائٹر کے ابتدائی ترین درجہ کے علاج میں اس وقت جب کہ غدهی سلعات موجود نہیں ہوتے، آیوڈین کا داخلی استعمال صغیہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی متادوں میں کیا جاسکتا ہے۔ آیوڈین کے استعمال سے غدهی سلعی گائٹر کے فعل کی کثرت ہڑ گئی ہے اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر بیش در قیہ سالہا سال تک جاری رہے۔ آیوڈین حقیقی جھونپی گائٹر کی بیش در قیہ کو زیادہ نہیں کرتی۔ نہو یافتہ کو لائیڈی گائٹر میں آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں اور غلامہ در قیہ کو آزمانا چاہئے۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے گائٹروں میں اور خبیث مرض میں بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں، جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کیسہ بند رسولی کا انقاف کر دیا جائے اور غده کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے۔ رائجی شعاعیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔

جھونپی گائٹر

(exophthalmic goitre)

(مرض گریو = Graves' disease)

(باسیڈو کا مرض = Basedow's disease)

اس مرض کو جو عورتوں میں مروجوں کے نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے ۳۲ اور ادا کی

نسبت سے، (18) 'ابتداءً' ۱۸۳۷ء میں ڈبلن کے ایک طبیب گریوز (Graves) نے اور شکلیہ میں ایک جرمن طبیب باسیڈاؤ (Basedow) نے بیان کیا۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں: - کرات چشم کا باہر کو پروڑ کرنا، 'غده در قیہ کی کلائی' قلب کے فعل کی کثرت و قوہ اور لرزش۔

بجائے اسباب۔ تجل طور پر بیان کیا جاسے تو اس مرض کی اصطلاحیں دو گروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ لیکن ان دونوں گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے، اور ان کی تفریق کو کسی قدر مصنوعی تصور کیا جاتا ہے۔

(۱) اوّلی جھوٹی گاٹرو (primary exophthalmic goitre)۔

اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے اور فترات اور اشتدادات بار بار ہوتے ہیں۔ تنفسی تبادلہ یا اساسی ستھول کی شرح میں بھی تناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی ستھول کی شرح شدت مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے اور تخفیف مرض کی حالت میں کم۔ یہ مرض عموماً نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات مصیبتانی رجحان پہلے سے موجود تھا جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy) مانا جاتا ہے۔ دماغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا دماغی اشتعال بلکہ سر میں راست تضرر لگنے کے بعد بھی جلد ہی پیدا ہو گیا ہے۔ دوران جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں بیش در قیہ و کچھ گئی جو شدید دماغی بار کی وجہ سے پیدا ہو گئی۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدہ میں آیا ہے۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹے یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ اسی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ واقعہ کہ دوران جنگ میں جرمنی میں جمہولی گائٹر کا حدوث کم ہو گیا تھا اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذائی افراط اس کے پیدا کرنے میں مدد ہو سکتی ہے (19)۔ انگلستان اور ویلز میں جمہولی گائٹر کی توزیع ایک حد تک مقامی الحدوث گائٹر کی توزیع سے مشابہ ہے۔ یہ حدوث شہروں کے قسب و یہاں قیاض میں زیادہ ہوتا ہے (16)۔

(۲) ثانوی مرض گریوز (secondary Graves' disease)۔

در قیہ کے سابقہ توڑم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کچھ عرصہ سے غده میں مرض

تغیرات ہو رہے ہیں۔ افراط فعل کے علامات اکثر بنتیں یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ غدی سلمہ کی حالت میں آیوڈین کے احتمال سے پیدا ہو جائیں۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو تدریج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ فترات نہیں ہوتے۔ تنفسی تباؤ میں آہستہ آہستہ برابر زیادتی ہوتی جاتی ہے۔ جھوٹا العین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ قلب کی بے نظمیوں جیسے کہ آفین ریٹکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً فشل قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو۔ جب درقہ کے غدی سلمہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سمی غدی سلمہ (toxic adenoma) کہتے ہیں۔

اہم اضمیات۔ یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقہ کی بیش پرورش کی وجہ سے تحارکین کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انھیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خلاصہ درقہ کی بڑی متادوں کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں، نیز یہ کہ وہ مخاطی اڈیمیا کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں، اور یہ کہ بیش پروردہ درقہ کے جزئی اقیصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن عرصہ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبی تحارکین کی حد سے زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تحارکین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے مثلاً اس کے سالمہ میں معمول کے نسبت کم آیوڈین ہونا، یعنی یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حقیقی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقہ سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ جانوروں کو درقہ کی زیادتی دینے سے علامات جو بھو نہیں پیدا کئے جاسکتے، یعنی جھوٹا العین نہیں پیدا ہوتا۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مخاطی اڈیمیا کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سابقہ بیش فعالیت کے باقیات ہوں جو آب مردہ ہو چکی ہے۔ مطلقاً دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے۔ اغلب ہے کہ بعض

اصابتوں میں در قیہ کی فعالیت اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ متعدی نغاصیہ (ملاحظہ ہو) کے جھج در قی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

در قیہی قسم مشار کی کا بہج، جگر سے گلا کو جن کی زیادہ تریل، اور نفسی تبادلی زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ مریض انسولین کے نہایت متحمل ہوتے ہیں جو گلا کو جن کی تریل کو مدد کر کے تھائراکسین کی مضادات کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پراثر کا تعلق ہے، ذیابیطس اور جھوٹلی کا ٹر دونوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن ان کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہاں جھوٹلی کا ٹر میں شکر جلانی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلنا بڑی حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشار کی کا یہ بہج جھوٹا العین، امارت و آن گریفی (von Graefe's sign) سرعیت ضربات قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیا ن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں بی کا عصب حجابی اسی جانب کے عنقی مشار کی سے ٹانگ ویا گیا۔ اس طرح پہلے اگر وہ بہج مشار کی نے اسی جانب پر جھوٹا العین پیدا کر دیا۔ اس جھوٹا العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلہ ملز کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے، جو مجر میں اسٹر کرنے والی جھلی میں وتدی فکی شقاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص النہو ہوتا ہے، اور چند منتشر ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا مکان یہ ہے کہ اذیمائی سیال کرات چشم کو آگے کے طرف وکیل دیتا ہے (کیونکہ عضلات مستقیمہ چشم کا اذیمابھی پایا گیا ہے) اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانوی جماؤ ہو جاتا ہے۔

نحول بلند نفسی تبادلوں کے باعث ہوتا ہے، اور ساتھ ہی غذائی اختلالات کے سبب سے جو اخذ اب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے، چنانچہ پروٹینی شکست در نخت بھی غیر طبی طور پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتی احتراق کے باوجود جسمانی تیش بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی) کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ برازیں بھی حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلیم کا فراغ در قی خلاصہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انجام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تھا رمون یا ترشوں کے ذریعہ بیش
نزدور قیامت کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دھوی کیلیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت
میں پست ہونے کا رجحان رکھتا ہے (گو کہ نزدور قیامت کیلیم ذہن درقی خلاصہ سے دھوی
کیلیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر ہڈیاں کیلیم کی قلت ظاہر کر سکتی
ہیں (21)۔

مرضی تشریح - حویلی اور سختی بافت کے خلیات میں نکاشرواقع ہوتا
ہے۔ حویلات کے مافہا اپنی کولائڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔
نسبتہ بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غده لیفی یا دویری ہو جائے۔ اولی محوطی کانٹر
میں یہ تغیرات سارے غده کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گروتوز کے مرض میں
غده کے بعض حصے ضالیت ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کولائڈی تدریجاً
لیفیت اور دویری تکوین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متعین غدی سلی تغیرات
ہوں یا نہ ہوں۔

غده تیموسہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدت
اصابتوں میں درقی سمی التهاب عضلہ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے
ساتھ عضلی ریشوں کا تنخر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔

علامات - ممکن ہے کہ علامات یکایک طاری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ
کیستقد رتدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں
اور کرات چشم کا بروز اور درقیہ کا تورم چندہمینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ
کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا
دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دوران خون کے متعلق شکایت متقل ترین ہوتی ہے۔
کامل نمویافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔
صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی
شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے، اور مریض قلبی ضرب اور شریانی
تیاک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض - ۴۰ تا ۶۰ پہنچ سکتی ہے۔ برقی قلبی
نگارش اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اُذینی ریشکی انقباض یا ایک

طویل فاصلہ موجود ہو اور ن اور ف موجیں جسامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)۔ گاہے گاہے قلبی مسدودی دیکھی جاتی ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب بیش پروردہ اور ازاں بعد تسخ ہو جائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ آسانی تحول کے متناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات مرض کی فعالیت مردہ ہو جانے کے بعد بھی نبض قلب کے متضرر ہو جانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے، چنانچہ آسانی تحول ہی غده کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔ جسم درماتی کی کلانی مشاغل اور عموماً متوسط الابداد ہوتی ہے اور شاذ ہی اس کلانی کے برابر ہوتی ہے جو نسبت بڑے مقامی گائٹروں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اس پر ہاتھ رکھا جائے تو ایک ذبذبہ محسوس ہو سکتا ہے (جو اس کے متع عروق دمویہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے) اور مسمع الصدہ سے ایک انکماش خیرکنا جاسکتا ہے۔

کرات چشم کا ابھونا (جھوٹا العین تبدل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہونا اس مرض کی نہایت ممتاز و مینر خصوصیت ہے جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی ٹکٹکی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤٹ کرتی ہے اور اس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلیبہ قرنیہ سے اوپر اور اس سے نیچے دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پوٹے یاں آکر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پوٹے ارادی دو پر بند لگے جاسکتے ہیں مگر یہ کہ وہ نیند کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ نہ جائیں اور اگر جھوٹا العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرح پیدا ہو جائے۔ آنکھ بہت کم بار جھپکتی ہے (مارت اسٹیل ویک = Stellwag's sign)۔ جھوٹا العین کے ساتھ ساتھ کرہ چشم اور بالائی پوٹے کے حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے، چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرہ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پوٹہ اسی متناظر حد تک نیچے نہیں پہنچتا

(امارت گریفی = von Graefe's sign) - یہ امارت ہر اصابت میں موجود نہیں ہوتی، اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے، کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے جنوڈا میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہو سکتی ہے (امارت موبیئس = Mobius' sign) اور بعض اصابتوں میں دو نظریا یا بعض یا تمام عضلات چشم کا واضح شلل بھی موجود ہو سکتا ہے۔ حدقہ اور تو فوق غیر متاثر رہتے ہیں اور چشم بین سے بے حد پُر اور پیچہ ارتشکیتی اوزدہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

چونکہ اور نہایت مستقل علامت جواج کی بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت تمیز ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں وقت ہوتی ہے، لہذا از بینہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کھڑے کو بازوؤں سے وادبا کر ہی انجام دیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑکے عضلات بھی ناؤف ہو گئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گزارنے کے بعد دوسرے دن صبح کال شفا ہو جائے۔

مریض چڑچڑاہے چین یا ہسٹیریائی ہو سکتا ہے لیکن عظیم الہم نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں مایہ خو لیا، توہمات بلکہ مانیا تک ہو گیا ہے۔ اور تکرر کبھی کبھی واقع ہو جاتا ہے۔ توہر یا کسی اشتعال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی معتدل درجہ کی تب بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف کوئی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں، جیسے کہ معتدل درجہ کی سمرت، کلف یا برص۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک موضوعی احساس سرد اور گرمی کی تنہا ہٹ، پسینہ اور وقفہ دار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اسہال کے حملے ہو جایا کرتے ہیں جن کے ساتھ کبھی کبھی قے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر دمویت کی وجہ سے شکر بولیت ہو جایا کرتی ہے۔ یعنی یہ کہ مریض شکر کی طبی مقدار نہیں لے سکتا بغیر اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اس کے بعد جیتی ذیابیطس شکر کی ہو جاتی ہے، اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطس قوی سے ہلاک ہو سکتے ہیں۔ تاہم حالت فاقہ کی دھوی شکر عموماً طبی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برداشت شکر کے منحنی میں کیس قدر تاخیر پائی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

485 تشخیص - ابتدائی درجوں میں، مجموعاً العین یا ورتیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں دقت پیش آتی ہے۔ اس مرض کو تمدن سے تہیہ کرنا چاہیے۔ مواعظ سرعت ضربات قلب سے، جب کہ برقی قلبی نگارش طبی ہو اور بالخصوص جب کہ پسینہ بھی آتا ہو، اس مرض کا اشارہ ہوتا ہے۔ تاہم آذینی ریٹکی انقباض ثانوی مرض گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تباہی کی تخمین کی جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 450)۔ دھوی کیلیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا اور عضلی انقباض کے لئے ہلینیز پیریک پذیر کی کا ۲۰ ملی ایپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

انذار - حال ہی میں کمپبل (Campbell) نے ۱۲ مریضوں کی روناڈاڈو پر از ابتدا تا انتہا غور کر کے اٹلا تتبع کیا ہے، جن کا طبی علاج کھائیز ہسپتال میں ۱۹۱۶ء اور ۱۹۱۷ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایک تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے ہیل و ہاٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اس عرصہ کے اختتام پر ۵۰ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے لیکن ان میں ایک یا دو امارتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۲۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۳ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا ان کی حالت بدتر تھی۔ ۵ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر عملیہ یا عمیق لاشعاع کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انداز میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۶۰ فی صدی اصابتوں میں مریض بغیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل ہو جائیگا۔ (49 '50)

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہیے جس سے سیری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائیڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکحل اور تمباکو کو ضرر ہونے کا احتمال ملکتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں صرف یہی علاج کیا گیا، تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۸۰ فی صدی سے نیچے ہو گیا (۵)۔ جب مریض اٹھنے لگیں تو انہیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہئے۔ لیکن آرام بہت دینا چاہئے۔ مجموعی گائٹر کے مریض انسولین کے متحمل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر انسولین کے ۵ یا ۲۰ یونٹس دن میں دو بار دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے جس کے ساتھ ۱۰ گرم پیرا تھرائڈ براہ دین دن میں تین بار دئے جاتے ہیں (28)۔ مدقیہ پر برف لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

ورقیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں: — یعنی (۱) گہری لاشعاعیں (۲) عملیہ کے ذریعہ غدے کا استیصال جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں ورقی شرائین کی گرہ بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشعاعیں عموماً ابتداء مرض میں استعمال کی جاتی ہیں اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افادہ نہ ہو تو بعداً عملیہ کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے۔ لاشعاعی علاج زیادہ طویل عرصہ تک کرنے سے مابعد علاج بالعملیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقی مجموعی گائٹر میں محلول لوگال (Lagol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین، پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ۵ فیصد محلول میں) کے ۵ قطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر بلبی درجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی نتیجہ آیوڈین کے ۵ فی صدی الکلی محلول سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس کی متاد ۵ قطرے روزانہ دئے اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (22)۔ یہ علاج قبل العملیہ علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے اور اسے لاشعاعی علاج کے ساتھ ساتھ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

مخاطی اُذیما

(myxoedema)

(بے درقیتی ضنحفہ = cachexia strumipriva)

مخاطی اُذیما اور قمائت (cretinism) غده در قیہ کے اُس مرض کے نتائج ہیں جس سے اُس کے افراز کی قلت پیدا ہو جاتی ہے (ناقص در قیت)۔ قمائت پیدائشی ہوتی ہے۔ مخاطی اُذیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہو جاتا ہے (طفولی مخاطی اُذیما juvenile myxoedema = لیکن زیادہ عام طور پر وہ مابعد زندگی میں ہوا کرتا ہے۔)

بحث اسباب - مخاطی اُذیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے، اور مریمینوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اس قدر جلد کہ ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور اس قدر دیر سے کہ ۷۰ سال کی عمر میں بھی شروع ہونا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض دلائل بھی دیکھی گئی ہیں، اور یہ زیادہ تر اکثر مفلس جماعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ اُن اضلاع میں جہاں گائٹرایک مقامی الحدوث مرض ہے، قلیل در قیت کی تمام قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح - جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پسینہ کے غده در قیہ غده اور شعری جراثیمات کے قرب و جوار میں نواتی نکاثر اور اتصالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔ جلد کا جیلا تینی اور اُذیمائی ہونا جسے اُرد (Ord) نے مخاطی اُذیما کا نام دیا تھا، صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

جسم در قی اپنی طبعی جامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہو جاتا ہے۔ وہ پھکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا اور لوچدار یا متصلب، لیفی یا ساخت ربوڑ ہو جاتا ہے۔ غده بالخصوص لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جس میں غلیات کے منتشر کردہ ہوتے ہیں، جو حویصلات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کثیف لیفی بافت کے سوا اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم نحاسی بڑا، یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

ہوتا ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق اکلے مذبول تھے۔ صلاحیت شریانی اور عضلہ قلب کا انحطاط عام ہیں۔ کیلیسیم کی برآمد کم ہو جاتی ہے۔

علامات۔ یہ ابتدائی غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں مرض تا وقتیکہ وہ خوب نہویا فتنہ نہ ہو جائے معلوم نہیں ہوتا۔ پھر مریض کی شکل کمزور ہوتی ہے۔ چہرہ بے اظہار تشلل اور تنہا زدی سے ملتا جلتا ہوتا ہے۔ ناک پوٹے، اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ چہرہ کی جلد میں نہایت کمزور اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر گال پر ایک کسی قدر تیز سرخ چلتی ہوتی ہے، اور لب گہرے سرخ یا تقریباً گہرے ہوتے ہیں۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہو جاتی ہے، اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے اذیمائی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہ سبھی) متغیر بالکل نہیں ہوتی۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں: وہ بعد رُسعی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور انگلیاں موٹی اور کیساں شکل کی ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کو "تیمپا وڑے جیسے" ("spade-like") کا نام دیا گیا ہے، جو بہت زیادہ کمزور نہیں۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور پھلکے دار ہو جاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں جس سے سر پر قحض ایک پتلی سی پوش رہ جاتی ہے، یا جلد لاس کا حقیقی گنج (جہی صلعہ) = "frontal alopecia" او "کسووری گردن" = "cassowary neck"۔ اور بھوؤں کی بیرونی تہائی کا گنج ("امارت ابرو" = "eyebrow sign") اور لمکوں کا گنج پیدا ہو جاتا ہے۔

ناخن ٹھٹھہ کر جھجھجھ رہے ہو جاتے ہیں۔ مخاطی اغشیہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ بہر حال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں، اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ مریض کا عصبی نظام وہ دور ہر چیز سے جو جاذب توجہ ہوتی ہے۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، مجہول الخیال اور مجہول الحركات اور اکثر بھری ہوتی ہے۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکافی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن تکلم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے کہ

عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی ہو گئی ہے۔ احوال کے متورم ہو جانے کی وجہ سے آواز سیت درجہ ارتقاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے حافظہ ناقص ہوتا ہے۔ مریض اکثر چڑچڑائی یا شکی، یاسست اور خواب آلودہ ہوتی ہے۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اختلالات اور تشجات دیکھے گئے ہیں۔ ممکن ہو کہ در دسراور ریشیتی در دسوں کی شکایتیں بھی کیجائیں۔ بعض اوقات تکرر اسی طرح ہو جاتا ہے، جس طرح کہ وہ در قیہ کے عملیتی استیصال کے بعد ہوتا ہے۔ پیش بیشتر تحت الحاد ہوتی ہے، مریض کو سردی کی شکایت بآسانی ہو جاتی ہے، اور اس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرد اور نیلے ہوتے ہیں۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور مفقود یا مرتکس ن موج اور پست و ولیطج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابت شریانی موجود ہوتی ہے۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور بآواقت اس میں تھوڑا البیون موجود ہوتا ہے۔ امتحان خون سے خرد خلوی عدم دسویت ظاہر ہوتی ہے، جس کے ساتھ سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی تناظر درجہ تک کم ہو جاتی ہے۔ امعا میں قبض ہوتا ہے۔ شکر کی برداشت زیادہ ہو جاتی ہے، چنانچہ اس کی بڑی مقداریں، بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی۔ عورتوں میں کثرت طمث ہونا عام ہے۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے۔ کداف، مسوڑھوں سے خون آنا اور بواسیر غیر عام نہیں۔ جس کرنے پر در قی غده بالمعوم چھوٹا پایا جاتا ہے، اور طلقی غضروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے ہوئی چاہے، قصبۃ الریہ کے حلقے جس کے جا سکتے ہیں۔ رقنار مرض سست ہوتی ہے۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا۔ تاہم اس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے۔ مریض عضلی قلبی یا صلابت شریانی تغیرات سے، یا اہم رومراض جیسے کہ ذات الریہ اور سحی التهاب سے ہلاک ہو جاتے ہیں، یا عمومی یا عصبی خستگی، انھیں تدریج نشانی اجل بنا دیتی ہے۔ تشخیص۔ مخاطی اذیمیا بیشتر اوقات مرض برائٹ یا عضلی قلبی اختلالات

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط ملط ہو جاتا ہے۔ مگر گویا اس مرض میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا ہے، مگر کھلی و طلیفہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں معمول سے۔ ۴۴ فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج - تھائیرائیڈیم (thyroideum) (B. P.) جو خشک کردہ غده

سے بنا ہوا ہوتا ہے، آتا ہر گزین کی معتادوں میں برشامہ کے اندر رکھ کر یا گولی کی صورت

میں روزانہ ایک دوبارہ براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ تالیفی تھائیراکسین (synthetic

thyroxin) بھی براہ دہن دی جاسکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ معتاد

۲۔ ۵ ملی گرام ہے۔ مخاطی آزیمیا کی نہایت شدید اصابتوں میں علاج براہ دہن

ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خٹے سے

استحباب نہایت سست ہوتا ہے۔ تھائیراکسین کے ایک خاص طور پر تیار کیے ہوئے

محلول کا دروں دریدی اشرب آزما یا جاسکتا ہے، یعنی ۵ ملی گرام فی معتاد کی تین

معتادیں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ طریقہ یہ ہے کہ ۲ یا ۳ ملی گرام

کے ایک اشرب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوبیس

گھنٹے بعد شدید رد عمل ظاہر ہو جائیں، جن کے علامات یہ ہیں:۔ نبض تیز، دروسر

لرزش، متلی، قے یا اسہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳: ۵ ڈائی آئیوڈو

تھائرونین (3:5 di-iodothyronine) ایک مادہ جو کہ تھائیراکسین کے ساتھ

کیمیائی طور پر متجانس ہے، اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ

استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج پر مقدار کھنا

پا جائے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائیراکسین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ

جائے تو پھر اس کا استعمال براہ دہن جاری رکھا جاسکتا ہے۔ در قیہ کو کسی طور سے

بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکیوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ ذہنی علامات

یکایک پیدا ہو جانے کا احتمال ہے۔

قِمَات

(cretinism)

قِمَاتِ یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئزرلینڈ، شمالی اطالیہ اور سیوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگٹ) میں ایک مقامی الحدوث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گاٹری بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں حالتیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت ان میں کے بہت سے قِمَاتِ (cretinism) گاٹری ہوتے ہیں۔ میک کیری سن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۸ قِمَاتِ میں سے اٹھاسی گاٹری ملے۔

انفرادی الحدوث قِمَاتِ دوسرے قِمَاتِ مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اس کے بتلاؤں میں درقیہ قلتِ زوہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گاٹری ہوتا ہے۔ امراضیات - فرد اور جماعت میں مقامی الحدوث قِمَاتِ کا گاٹری کے ساتھ یکجا پایا جانا، بعض اصابتوں میں درقیہ کی غیر موجودگی اور مغالطی اذیما سے مشابہت یہ سب امور اس مرض اور غده درقیہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں جب مقامی الحدوث قِمَاتِ اور گاٹری ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہذا وہ اس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قِمَاتِ ایک یا دونوں والدین کی گاٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ماں کے درقیہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر نزد رقی اور درقی دونوں اقسام کو موقوف کرتا ہے۔

علامات - قِمَاتِ کے ممیز خصائص یہ ہیں :- بالیدگی ٹھہری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط و خال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چبٹی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناہموار اور کھردری جلد میں جھریاں، سینہ تنگ، شکم بھرا ہوا، بالعموم سری فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا خمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلیہ کی حد تک۔

یہ ممیز خصائص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ چلنے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

ممكن ہے کہ اس قدر ہو کہ ایک بالغ قہمی پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اونچا ہو۔ بلوغ میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے، یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ تنکلم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی، اور بعض اہم قہمی ہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں رقص المقننہ، حول اور لٹانکوں کی شہمی استواری پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ترغیوں سے اوپر شہمی تودوں سے بنے ہوئے سخت الجھدی سلما ت پائے جاتے ہیں۔ عظمی نظام میں نمایاں نقائص موجود ہوتے ہیں۔ اساس قذالی اور اساس وتدی ہڈیاں قبل از وقت متعظم ہو جاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت مستقلاً چھوٹی ہوتی ہیں، ٹانگیں خمیدہ ہو جاتی ہیں، اور گرد و غلطہ سے لیفی بافت نکل کر ہڈی کے برابر اور پوری کے درمیان بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مراکز بہت تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں۔ ان ساختوں کے شعاع نگاری امتحان مفید ذرائع تشخیص ہیں۔

علاج۔ مغالطی اذیمیا کی طرح قنات میں بھی خلاصہ درقہ بہت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی سرعت کے ساتھ ہو کر بافتوں کی اذیمائی درریش جاتی رہی، اور بچے زیادہ سمجھدار ہو گئے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی ہے، خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

488

نزدورقی غدود

(PARATHYROID GLANDS)

نزدورقی غدود چھوٹے اجسام ہیں جو تعداد میں عموماً چار اور درقہ کے قریب یا ان کے جرم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لیفی جال کے اندر سہلہ آسا خلیوں کے گروہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن ان میں درقہ جیسی حلیلی ترتیب اور کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے۔ جرم ناپ میں ۱۱/۲ ملی میٹر x ۳/۲ ملی میٹر x ۱/۲ ملی میٹر اور وزن میں تقریباً ۱۰ گزین ہوتا ہے۔ پیل تھاہمون (parathormone) جو ان

غدد کا فعال جوہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشتراک کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فوسفوس کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس گھٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلیت)۔ مصلی کیلیم کے ایک خاص بحرانی لیول پر دومی فاسفورس فی الفور بلند ہو جاتا ہے غالباً کلوئی و فلیف کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی مائٹروجن بھی بلند ہو جاتی ہے۔ شدید بیش تکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزد درستی بہت اقسام کی بیماریوں، سرایتوں وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر رواں شدہ کیلیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو دار الرقص)۔ افسوس کہ پیرا تھارمون کا فعل تغیر پذیر ہے اور دوا کی طرف سے انہیت با اوقات متویاب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزد درستی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ بیش تکوین، شیمی اخطا، لیفیت، دوریری اور کولائڈی تکوین۔

بیش نزد درستی (hyperparathyroidism) - ممکن ہے کہ اس غده کی بیش تکوین سے گردن میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو ٹنگے وقت جس پیر ہو۔ مصلی کیلیم ۱۶-۱۷ ایلو گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے اور پلازما کا فاسفیٹسز (phosphatase) بلند ہوتا ہے اور کیلیم پیشاب میں روزانہ ضائع ہوتا ہے۔ دومی فاسفیٹ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلیم ہڈیوں سے آتا ہے اور وہ مرض پیدا کرتا ہے جو کہ وان ہیکلنگک ہائسن کے عمومی التهاب العظام لیفی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghausen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دو گنا زیادہ عام ہے۔

علامات ہڈیوں میں درد ہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان منقطع منظر ظاہر کرتا ہے۔ یہ ہڈیوں میں منتشر طور پر پھیلی ہوئی فضاؤں (استخوان شکن خلوی سائٹ) (osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کسر واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں، لیکن یہ تشنگی، کثرت بول، کٹاؤ، حصوات، معوقہ کے علاوہ کی بیش طمانی، متلی، تے اور لاغری ہو جو کہ شاید اعضاء بول میں ہوتی ہی۔ رسولی،

استیصال کے بعد اصلاح شروع ہو جاتی ہے، لیکن دعویٰ کیلیم کے سر بیع سقوط کی وجہ سے سکنز نہایت عام طور پر پیدا ہوتا ہے۔ اس میں سرائتھا دون دینے سے تخفیف ہو سکتی ہے جو تھمال کرنے کیلئے سہولتیں رکھتا چاہئے (21)۔ عملیہ کا بدل عقیق لاشعاعیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التهاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں جو کہ عام ترین کیلیم کے تحول میں کوئی غیر طبی بات نہیں پائی جاتی۔

سکنز

(tetany)

سکنز نزدور قیہ کے مرض سے خود بخود ناقص نزدور قیت (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ شاذ ہے۔ بعد عملیتی سکنز، درقی عملیات میں نزدور قیات کے استیصال کے بعد ہونا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری سکنز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بحث اسباب۔ وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیر خواروں اور نو عمر بالغوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اناث کے نسبت ذکور پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکور کی نسبت اناث پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کساحتہ اور اسہمال عام ترین اسباب مجذہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کار فرما ہوتے ہیں: حل اور رضاعت، حموی امراض سے شفا یابی، اقبلاع معدہ اور قد والامعا، اور اقام الحروف کے مریض میں معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، جس کے ساتھ برازیں آزاد کڈر وکلورک ایسڈ ضایع ہوتا تھا۔ وہ جسم درقی کے استیصال کے عملیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درقی کیا تھا نزدور قی اجسام بھی دور کر دئے گئے تھے۔ میک کی ری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ کلکٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں عورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام تبتلاؤں میں کائمر کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں وہ نزدور قی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مائل دورے ارگٹ کے تسیم (ergotism) سے اور لینت عظام (osteomalacia) کے ہمراہ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

تسمم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکرر موجود ہوتا ہے۔ نیز تکرر وباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں یورپ کے خاص خاص شہروں (وائٹا، ہیڈلبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مسلسل جبری تنفس سے پیدا کیا جاسکتا ہے جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO₂) دھلکار باہر نکل جاتی ہے (بے دخیانی = acapnia)۔

اضیات۔ اس مرض کا اصلی مہینہ خاصہ معطلی حرکی عصبیہ کی بیش تحرک پذیری ہے۔ اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہو اور متعدد علامات یہ احتیاج پیدا کر دیتے ہیں (26)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلبی دمویہ جو سوڈیم بائی کاربونیٹ کے اشتراکات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ دھل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ آکسی ہیموگلوبین سے آکسیجن کے افراق کو زیادہ مشکل بنا دیتی ہو (کشیہر طسلی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر کو انیڈین (guanidine) اور ہٹامین (histamine) کے تسمم میں بھی واقع ہو جاتا ہے اور یہ دونوں تکرر کا سبب ہوتے ہیں۔ نزد رقیہ بر آری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست ذموی کیلیم کی وجہ سے خلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہو جاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا وقوع سیانائیڈ کے تسمم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکرر پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا بواب مسدود کر دیا گیا ہو بار بار دھو ڈالیں۔ سوڈیم کلورائیڈ کے دروں وریڈی استعمال سے یہ تکرر موقوف کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ تلمع معدے (dilated stomach) (تسد ذموی = intestinal obstruction) اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) ان سب

کے تکرر کے متعلق یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازمائی کلورائیڈ پست اور پلازمائی بائی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے، اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں تکرر قلبی دمویہ کی وجہ سے نہیں ہوتا (28) اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلیم کی وجہ سے ہو (24)۔ چنانچہ ہسٹریائی بیش تنفس میں، مانگی نغماعی سیال میں پست کیلیم پایا گیا ہے۔

عکسالات۔ ممکن ہے کہ حملہ سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسی قدر بے قراری یا کمندی یا بازوؤں کی اکڑ، یا جھنجھٹی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلا کسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کلائیوں پر مڑ جاتے ہیں، انگلیاں بعد رسخی سلامی جوڑوں پر خمیدہ، سلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انگوٹھے ہتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنا دیتی ہیں (سید قابلاً "main")۔ "d'accoucheur" کہنیاں قدرے خمیدہ، اور بازو جانہوں سے مقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلائیوں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جواج اسفل میں پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حمارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ میز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقعہ ہوتا ہے۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا شنج پیدا ہو جاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں شنج ہونے سے حقیف سی پس طنابی، اور آنکھوں کے عضلات کے شنج سے حول پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کیقدر اینٹھن جیسا درد ہو اور باحقوں کی پشت متورم اور وریدی متمد ہوں۔ ممکن ہے کہ پینہ، متماہٹ، اور تیش کا حقیف سا ارتفاع ہو۔ یہ شنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہو کر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر کر رہتا ہے۔

ان وقفوں کے دوران میں اعصاب و عضلات میکانیکی خراش سے زیادہ اثر پذیر می ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجہ اور زاویہ دہن کے بالکل بیچوں بیچ قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کے طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔

ٹراؤسٹو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے یا اعصاب و شرائین کو دبائے سے ان وقفوں کے زمانہ میں تازہ دور سے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ نیز حرکی اعصاب فرادیت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور گلو انیٹ سے تو اور بھی زیادہ (Erb)۔ اگر ۲ ملی ایمپیر سے نیچے کی گلو انی روئیں زیر برقیہ کو بند کرنے یا زیر برقیہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کر دیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحر یک پذیری موجود ہے جو تکرز کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)۔ طبعی جوت ۵ اور ۳ ملی ایمپیر کے درمیان ہے۔

490

لیکن ذوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل شنج زیادہ عام ہے، اور بالعموم میں ممکن ہے کہ شنج کلی طور پر ڈھیلا نہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے شنج کو متفقہ طور پر اس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں متوقف کہتے ہیں۔ مخفی تکرز (latent tetany) میں جو خاصہ عام ہے، شنج کے حملے خود رو نہیں ہوتے۔

مکشی بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیری نہ صرف تکرز کی صورت میں، بلکہ صرصری شنج (laryngismus stridulus) اور نشجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزدور قیبتی تکرز میں عارضی عمت، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جاسکتے ہیں، ناخنوں کا بھر بھراں اول حیدیت (ridging) ناقص مینا کی وجہ سے دانتوں کی مستعرض حیدیت، اول بالوں کا گر جانا واقع ہو سکتا ہے (21)۔

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہً کہ شفا یابی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ٹانگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دورے شدید ہوں تو موت خستگی سے یا ذرات الجنب سے (جو نفسی مزاجت کا نتیجہ ہوتا ہے) یا بچوں میں اسی اسہال کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے جس نے تکرز کو پیدا کر دیا تھا۔

تشخیص۔ ششجات کی توزیع، یعنی اُن کا بالخصوص ہاتھوں اور بازوؤں میں واقع ہونا، اس مرض کو کلنز (tetanus) سے ممیز کرتا ہے۔ ہسٹیریا کی انقباضات کلنز کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ وہ عموماً یک جانی ہوتے ہیں اور دوسری ہسٹیریائی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی کلنز (latent tetany) کی تشخیص امارت و آسٹیک و ٹراؤسٹو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنی دانتوں کے مینا کے نقص، گردن و آتی نزول المار (perinuclear cataracts)، بالوں اور ناخنوں کے اسود تغذیہ اور متوالی التهاب ملحقہ۔

علاج۔ پیراتھارمون (parathormone) تحت الجلدی دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳ یونٹس دیا جائے۔ بیش متادوی کی سب سے پہلی علامت قیہ ہوتی ہے کیلیم کلورائیڈ (calcium chloride) (۱۵-۲۰ گریم شیرخوار بچوں کی حالت میں) براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)۔ کلورین دوران خون کے اندر جا کر کلورائیڈ کی کمی کی تلافی کر دیتی ہے، اور کیلیم اسماء سے خارج ہو جاتا ہے۔ ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) بھی بڑی متادوں میں آزمایا جائے۔ اس کا ایمونیا یوریا میں تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی ہائیڈروکلورک ایسڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوائیں براہ معامہ مستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی معدہ حالت کو حتی الامکان دور کر دینا چاہئے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صامی تغیر gastro-jejunosomy) کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ بچوں میں اسہال کا علاج کرنا چاہئے، اور کساحہ (rickets) کا تدارک روغن کالسیفرول اور فلواد مناسب غذا وغیرہ سے کرنا چاہئے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑ دیں اور فلواد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

غده تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غده تیموسیہ کا وزن پیدائش سے لے کر ایک سال تک وزن جسم کا تقریباً $\frac{1}{4}$ فی صدی ہوتا ہے اور ۱۱ اور ۱۶ سال کے درمیان اس وزن کا ۸۵-۱۰۰ فی صدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اس کا باقی حصہ مل سکتا ہے جو لیفی اور شحمی بافت، لیفی خلیوں کے جزیرات اور چند جسامت تیل (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے (Dudgeon)۔ ذبول میں جو بچوں میں ضمور (marasmus) یا تدریجی یا دوسرے مزمن ہزال آفریں امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غده جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلائی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے جن میں سے اہم ترین یہ ہیں: — بیض مویٹ (leukæmia) بالخصوص لمفائی قسم کی مرض، لیکن، جھوٹی گائٹر اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تدرن کے اثر سے غده متغیر ہو کر ایک لیفی جبنی تودہ بن سکتا ہے، اور غده میں نوبالید بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غده تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اس حالت میں جو کہ تیموسی لمفی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ ان اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لمفی بافتوں کی عام شریں ٹکونین پائی جاتی ہے اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لمفی بافت کی مقدار غالباً اس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبی بچے میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آفریں مرض سے مراد ہو لمفی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

تیموسی غدہ بھی طبعی حدود کے اندر ہوتا ہے، لہذا تیموسی لمفی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدم جس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے یا ناگہانی موت کی دوسری مثالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں :-

۱۔ قشرہ (cortex) (رہین کالوی نظام = interrenal system) میاں آدمی خلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے، جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیتھین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں اور اس کا زرد رنگ انھیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا وزن پورے غدے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے اور وہ دورانِ گل میں کمیتدر زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائیڈ زساری نوعیت کے ایک حاد جموی مرض کے باعث جو کہ ہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہو جاتے ہیں اس کے برعکس وہ خوار کی حالتوں مثلاً خبیث مرض میں خارج نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شحم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ صنف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ اصاباتوں میں جہاں قشرہ بیش پروردہ ہوتا ہے، اعضائے تناسل کا نمو تباہ ہوتا ہے اور مردانہ خصایص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہو جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکون بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہو جانے یا ابتداء ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی اور اعضائے تناسل کی ناقص تکون کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک تریجی شے ہیکسیورائٹک ایسڈ یا اے سکاربک (hexuronic acid or ascorbic) حیاتین ج سے مماثل (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے جو جسم کے آکسی ڈیسیلز (oxidases) کا امتناع کرتی ہے۔

جب یہ ترجیحی شے غیر موجود ہو، جیسے کہ مرض ایڈیسن میں، تو یہ آکسیڈایسز جسم کے ترکیبی سالمات کے ہائڈروکیوئونون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیوئونون گروہوں (quinone groupings) میں متغیر کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک تازہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑ جانا بھی تکیہ کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخر یہ کہ قشرہ میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈیسن کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکلوئی قشری خلاصہ (suprarenal cortical extract) ایسکاٹین (esthatin) یا کورٹون (eucortone) یا کورٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لبت (medulla) انھیں غلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشار کی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بانگرومیٹ (bichromate) سے وہ ممیز و مخصوص تلوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اسی واسطے اسے ایک کرومافینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈن پینین (adrenin) یا اپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شے تیار کرتا ہے جو بذریعہ تالیف بھی تیار کر لی گئی ہے اور کیمیائی لحاظ سے آرٹھوڈائی آکسی فینائل ایٹھانائل میٹھائل امین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ احتشائی اعصاب کو متہیج کرنے پر یہ شے خون کے اندر منصب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشار کی عصبی منتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دوران خون کے اندر یہ انصباب اس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدائش سے متعلق اعمال کا اتناغ ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے متغیر ہو جاتا ہے۔ اس کی سقلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکت قلب نیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ دماغ کے عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور جلد نہیں تھکتے۔ خون کی ترویج پذیر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اگر وہ حیوان زخمی ہو جائے تو ترویج کی یہ زیادتی کارآمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک نئے شخص کی طاقت جو ضرب الامثال میں پائی جاتی ہے ایڈرینین کے انصباط کے باعث ہوتی ہے اور اس کے محافظوں میں اس کی قوت محسوس کرتے ہیں، مثال قوی جذبات کا رد نہیں ہوتے، عناہرت متباد (dementia praecox) میں یہ پایا گیا ہے کہ لُب قلیل ہوتا ہے اور یہ بیماری تغیرات ظاہر کرتا ہے (28)۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جگر پر عمل کرتی اور گلاٹکوجن کو منتقل کرتی ہے، اور یہ کہ تب ایڈرینین کے سریع انصباط کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تب جو لُب کے اندر نر زف یا شدید امتلا کے ہمراہ پائی جاتی ہے، حاد بلش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism) کی علامت ہے۔

(15)۔ ایسے نزفات عموماً فوجی حمایت، مثلاً لیریا، ذات الریہ، سرخ بادہ، پریویرا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں، جن میں لُب کے امتلا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نزف فوق الکلی وریدوں کی غلیظیت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اس حالت میں تب سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشار کی تہج کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک مشار کی تب ("sympathetic fever") ہے۔

ان میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تب جاتی رہے اور اس کے بعد تحت الطبی تیش، ہلاکت اور بہبوط واقع ہو جائے۔ یہ حاد قلیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں، جو لُب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لُب کا ایڈرینالین مافیہ ۲.۲ ملی گرام سے لے کر ۳.۳ ملی گرام تک پایا جائے گا، درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں اس کی مقدار ۵.۵ ملی گرام ہوتی ہے۔ حاد قلیل ایڈرینالینیت کے دوسرے علامات شراسیفی درد کا ناگہانی حملہ اور اکیسیت ہیں، اور اس کے بعد شکم کا تمدد اور تشجات، قوما اور ہڈیاں، یا ایک محرقی درجہ۔

مرض ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔
 بحث اسباب - یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکور میں نسبتاً زیادہ
 عام ہے۔ مہترن ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض اصابتوں میں فوق الکلیہ
 کیسے مابقیہ سل ریوی، یا شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psaos
 abscess) سے سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ ان
 غد کی ایک ادلی درنی سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی لال
 رمادی بافت اور غیر شفاف زرد و جینی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات
 یہ جینی مادہ نرم ہو کر ایک ریپی کہفہ بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں تغیر صرف
 یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غد
 پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی علقیت واقع ہو کر خون کی وعا بدری ہوتی ہے۔

امراضیات - مرض ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے اتلاف کے باعث
 ہوتا ہے جس سے اے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے
 جس کا نتیجہ پھیلا کہ پہلے سمجھا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم
 موجودگی پلازما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط، پوٹاسیم کا ارتفاع، اور ناٹرو جینی مادوں کا
 کلوی احتباس پیدا کرتی ہے۔ گروے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور وافر پانی کا اخراج
 کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی و مویت دباؤ
 کی کمی اور اس مرض کی عمومی ہلاکت، اور شاید معدی معوی احتمالات پیدا کر دیتے ہیں۔
 اساسی تحول طبی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات - اہم علامات یہ ہوتے ہیں :- کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی،
 قے، اور لونیت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بتدریج
 کمزوری، انخفاض، نڈھال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔
 ممکن ہے کہ کوکھوں، مرق یا شراسیمہ میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے اور بستر میں اٹھنے پر غشی یا دوران سر یا محنت کرنے پر سانس کا پھولنا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اسی سے نو دہائی تک ہوتے ہیں اور وہ صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے اور اتنا کم کہ پارے کا ۴ یا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے، اور متلی آبکامیاں اور قے مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے اور اراہبول اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی دمویت پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑاپن اور بے چینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بد رنگی ایک ایسی علامت ہے جو سب سے زیادہ جاذب توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرہ بالا عموماً علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے یا ان سے پہلے نمایاں ہو جائے، یا ان کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی مہلک ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرض ایڈمیں میں لونیت غیر موجد ہوتی ہے اور اس کی توجہ یہی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سہرت اپنی ہلکی چھائیوں میں قائم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کا رنگ گہرا بھورا ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے ان حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں جیسے کہ چہرہ، گردن، ہاتھوں اور انگلیوں کی پشت، لیکن جلد اگر اس یا موٹھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دویم یہ ان حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں جیسے کہ بغلیں، قصب، صفن اور بھٹنیوں کے ہائیرس۔ سویم یہ دباؤ اور ضعیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے جیسے کہ عورتوں میں موازہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات، اور وہ مقامات جہاں آبلہ اور اور پلستر لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے تداہات پیدا ہی رہتے ہیں اور رنگ کی ایک گہری تہ ان کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات تھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے

اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، بلبوں یا چھائیوں کی طرح نظر آئیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ہمیں مریض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر حُرپ کی اندرونی جانب پر ایک آسانی مائل سیاہ لکیر مخاطی غشا کے برابر برابر اور اس کے اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دوڑتی ہوئی نظر آ سکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بڑے قاعدہ چکنیاں گال کی مخاطی غشا پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور اُن کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم پیش طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبعی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے، لیکن اُس کا منحل یا عذیم الدم ہونا لازمی نہیں۔ بلکہ ممکن ہے کہ تحت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اُس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مریض کا مرنہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اُس کے نماں خاصہ ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے، جو مریض کو فزیش رکھتے ہیں، مقابلہ پر صحت زمانوں کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کے نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدتِ مرض چنبد ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہایت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بتدریج زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر غنودگی کی یا نیم قوائی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ہڈیاں اور تشنجات اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت نحیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے اور پھر انتہائی انبطاح واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

تشخیص - مندرجہ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے۔

(۱) دوسری کسی بد رنگی کو مرض ایڈیسن سمجھ لینا۔ (۲) یہ لونیت ضعیف یا غیر موجود ہو، علاماتِ مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بد رنگیاں جو غلطی سے

مرض ایڈنم سمجھی جاسکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یوقان، یا متلف علم دمویت (pernicious anaemia) کی بد رنگی۔ تقمل (phtheiriasis) جسکی شناخت خراشیدگیوں سے، اور لونیت کے اُن حصوں میں محدود ہونے سے کی جاسکتی ہے جہاں تک آنکلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں، نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے۔ ملیں یا اور سیل سیوی کی پھسکی اور ٹیالی رنگت۔ کلف راجھی (chloasma uterinum) عورتوں میں۔ اور سفہ مختلف الالوان (tinea versicolor) ابتدائی درجوں میں، بن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی، بلا سبب کمزوری اور ساتھ ہی ضعیف و صغیر نبض اور قے تشخیصی خصائص ہوتے ہیں۔ حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفیات سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہو جاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں) اور نمک دینے سے اُن میں اصلاح ہو جاتی ہے اور قشری خلاصہ سے وہ غائب ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر پلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کر دیتا اور دوسرے غیر طبعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زایل کر دیتا ہے۔

علاج۔ یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے۔ نمک روزانہ ۱۰-۱۵ گریمن کی مقداروں میں مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے۔ کاربن۔ اسی سی تک کاروزانہ زیر جلدی اشراب علامات کو بالکل دور کر دیتا ہے اور لونیت غائب ہو جاتی ہے۔ اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی بشرطیکہ نمک دیا جائے۔ لونیت اے سکاربک ایسڈ دینے سے غائب ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو)۔

فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیا

ان عدد کو ماؤف کرنے والی رسولیاں غدی سلمہ (adenoma)، لحمی سلمہ (sarcoma)، سرطان (carcinoma) اور عصبی نامرضی سلمہ (neuroblastoma) ہیں۔ لحمی سلمہ نہایت شاذ ہوتا ہے اور صرف بالغوں میں پایا جاتا ہے۔ عصبی نامرضی سلمہ بچوں میں ہوتا ہے اور غدے کے لب سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ ایک عجیب بالید

اور صغیر خلیہ لمبی سلحہ سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اُس میں گلچے ہوتے ہیں جو مرکزی عصبی نظام کے نوامیوں کا مخصوص و ممیز خاصہ ہیں۔ وہ ہڈیوں میں ثانوی جماؤ بہ آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تو وہ بناوے جو غلطی سے کلوی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تا وقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اُس کے مہلک ثبات ہوئے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضررات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر خلیہ سرطان ہوتا ہے جس سے نطف اور تنخر آسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان خلیوں کی ترکیب آئینیبی یا جو فیزی ہوتی ہے یا یہ عروق و مویہ کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور ان میں فوق الکلیہ قشرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلحہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالید موجود ہوتی ہے تو اُس سے سلی خلیات کی فعالیت (ہیش بین کلویت hyper-interrenopathy) کے باعث مخصوص اور ممیز علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی علامات قشرے کی سادہ ہیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فتور دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوثیت کا ذبلہ (female pseudo-hamaphroditism) دیکھی جاتی ہے، یعنی وہ فرد حقیقت عورت ہوتی ہے، کیونکہ بیضین موجود ہوتے ہیں، لیکن بیرونی خصایص مردانہ ہوتی ہیں۔ یہ حالت پیدائشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دو جانبی قشری ہیش تکوین ہے۔ جب یہ مرض پیدائش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے شمیم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں تبار اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جیسے صبیانی ہس کیولی قسم (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی وظائف پڑھتے ہوئے ہیں۔ گاہے تانیث (feminisation) یا ہم صنفی تبار پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم تذکیر ہوتی ہے، یا اگر صنفی تبار و نظر کی ہیش پرورش بالوں کی بالیدگی اور آواز کے گہرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ لیکن ہم صنفی

تبادر بھی بیان کیا گیا ہے اور مکن ہے کہ اُن میں حیض جلد شروع ہو جائے۔ مابعد زندگی میں پیشینہ کلویٹ سے بالغ غیر طبعی شعرا نیت یا مسترجلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں بعض مردانہ خصایص دیکھے جاتے ہیں۔ چہرے پر بال نکل آتے ہیں اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں۔ حیض اور پستانوں کا نمو غیر موجود ہوتا ہے، جسمانی طاقت زیادہ ہوتی ہے اور ذہنی علامات جن سے ترجیل عیاں ہوتا ہے جیسے کہ ہجو میت اور اتانیت پیدا ہو جاتے ہیں۔ تشنج (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ صفحہ ۳۸ میں بتائی گئی ہے فوق الکلوئی رقبوں میں دو جانبی سلعات پائے جاتے ہیں اور نخامی ماؤفیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری اصابتوں میں پایا جاتا ہے۔ شرانیں دیازت یافتہ ہوتی ہیں اور دموی فشار دموی یوریا اور شکر بلند ہوتے ہیں اور قرض ذہن اور دوسرے کچھ کے ساتھ کھیلنے کا شوقین ہوتا ہے۔

فوق الکلیہ کیسوں کے بعض دوسرے تغیرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ التهاب اور تیشی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خراج، نزف، تضرر کے باعث، چربشی تغیر و دیگر اعضاء کے تغیر کے ساتھ جاوہری در لئے عام تدرن میں اور شاو طور پر آنشکی صغیہ یہ سب اُن دوسری امراضیاتی حالتوں میں سے ہیں جو مل سکتی ہیں۔

غده نخامیہ

(PITUITARY GLAND)

494

یہ غده جسے اکثر زرنامی (hypophysis) کہتے ہیں، تین حصوں پر مشتمل

- ہے۔ (۱) جزو مقلد یا جزو غلی (pars anterior or glandulosa) جو غدهی بردوں اور مسہ سے ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں کولائڈی دیرے ہوتے ہیں۔
- (۲) جزو موخو یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa) جو عصبی سریشی ریشوں اور خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۳) جزو وسطی (pars intermedia) جس کی ساخت غدهی ہوتی ہے اور جو مذکرہ بالا دو اجزاء کے



ج: ڈاکٹر ویلز لوکی مرینڈہ ۱۲ سال۔ دو بچائی فون انگلوی رسوئیاں خفا می مذہبی ہے شہرانی وزارت 'ارتقاء انسانیت' بلند رموی شکر
مذہب برداشت مس عورتوں کی سی چال ڈھال۔ تیرہ مہم دوسرے بچوں کے ساتھ کیسلے کی سانی ہے، اسکے ہنڈیہ مایک، ماما۔ میز کی کراہا ہے
۱۹۸۱ سال سن

درمیان واقع ہوتا ہے۔ جزو مقدم (لختہ مقدم) سے نکلنے والا کو لائد جزو مؤخر (لختہ مؤخر) میں سے ہو کر بطین سویم کے اندر آتا ہے اور داغی نخامی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

امراضیات۔ تجربہ چوہوں میں پایا گیا ہے کہ لختہ مقدم کے نکال ڈالنے سے اُن کی عام بالیدگی اور اعضا تناسل کا نمودوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت = hypopituitarism)۔ پھر اس غده کے فعال خلاصوں کے اشرب سے عفریتیت (gigantism) پیدا ہو جاتی ہے۔ انسان میں لختہ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت = hyperpituitarism) سے اوایل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیش بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے برہائے بالآخر متعظم ہو جاتے ہیں، کسب الجواسرج (acromegaly) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غده ورقیہ اور غده نزد رقیہ اور فوق الکلیہ قشریہ کی بیش تکوین موجود ہوتی ہے، اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام شاختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے کلاں جسمی (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لختہ کی اہمیت یہ ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افزائی فعالیت کو نیسر کاربوہائیڈریٹ کے تحول کو (ملاحظہ ہو قلیل شکر و مویت) منظم رکھتا ہے۔ اگر نخامیہ کا مقدم لختہ پر باد کر دیا جائے، تو درقیہ، بیضین، خصیتین، لبلبہ فوق الکلیہ قشریہ اور شاید نزد رقیات میں انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی نخامی خلاصہ جانت کے اشرب سے کیا جاسکتا ہے جن سے مہیج الدرقیہ، مہیج المولدا (ملاحظہ ہو مولدات) اور مہیج فوق الکلیہ ہارمون تیار کئے گئے ہیں، نیز ایک ایسا ہارمون جو پستان میں ہیجان پیدا کر کے دودھ کا افراز پیدا کرتا ہے، یہ ہارمون غده نخامیہ سے طبعی طور پر آزاد ہو کر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افزائی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر مہیج الدرقیہ ہارمون درقیہ کو ہیجان میں لا کر تھراکسین پیدا کرتا اور اس طرح اساسی تحوائ کو باندھ کر تھرا

لیکن یہ بلندی دیر پاشا بہت نہیں ہوتی، کیونکہ غده کی فعالیت کے جاری رہنے کے باوجود جسم کچھ ضد ہیج الدر قیہ مادہ پیدا کرتا ہے (40)۔ چنانچہ غده نخامیہ کے دروں افزائی تعلقات پیچیدہ ہیں، اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغدی علامتیں پیدا کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک اسکیم نیچے درج ہے۔

مقدمہ نخامی ہارمون

ہیج الدر قیہ غده در قیہ کو تہیج کرتا، اور اسے اسی تحول کو بلند کرتا ہے۔	ہیج فوق الکلیہ فوق الکلیہ قشرہ کو متہیج کرتا ہے۔	ہیج المولدات (۱) ایک پرولان نمادہ جو بیض میں ہیجان پیدا کر کے
م لبلبہ کو جانے والا	پستان کو جانے والا درودھ کے افراد کی تہیج کرتا ہے۔	(۱) ایسٹرن (۲) پروجیسٹین پیدا کرتا ہے۔
م ہیج ترودر قیہ		(ب) خصیہ کو تہیج کرتا ہے۔

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پیکوٹرین = pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں دو ہارمون، ضاغط العروق (پٹوسین = pitressin) اور مسرع الولادات (پٹوسین = pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً کولائڈ کے ساتھ خارج ہو کر دماغی نخاعی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادات رحم پر براہ راست عمل کرتا ہے۔ ضاغط العروق معوی عضلے کو متہیج کرتا ہے اور عظیم الحس جانور میں خون کے واء کو بھی بڑھا کر اور اربول پیدا کرتا ہے اور دماغی نخاعی سیال اور درودھ کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عظیم الحس انسان میں اس سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی بہم پہنچاتا ہے جو کہ معدہ کے مفز ترشہ خلیات کی نیز لب عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اسکی بڑی مقداروں کا اشراب نرفی التهاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مفز ترشہ خلیات میں شروع ہوتا ہے۔

نخاعی مفرز میں اکثر پائی جانے والی شجیت زیر عرشی خطے پر دباؤ پڑنے کے

باعث پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس لمخیر بعد میں غور کیا جائے گا۔

مرضی تشریح - غده نخامیہ کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہو سکتے ہیں :- (۱) سرخ ترکی کے اندر کے اضرار (۵ سوں سرجی) جو حسب ذیل ہوتے ہیں :- (۱) ایوسینو پسند غدی سلحہ (eosinophilic adenoma) جو لختہ مقدم کے حقیقی افرازی خلیوں پر مشتمل ہو۔ یہ بیش نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) فاعلانہ طور پر بڑھتے والا لون ترس غدی سلحہ (chromophobe adenoma) جس کے خلیات میں ایسے قذات نہیں ہوتے جو ایوسین کا رنگ قبول کر لیں۔ یہ سلحہ لختہ مقدم کو تلف کر دینے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) مخلوط غدی سلحہ (mixed adenoma) جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں۔ یہ نخامیت فائق (dyspituitarism) پیدا کر دیتا ہے جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخامیت اور بیش نخامیت دونوں کے امارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدی سلحات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں عموماً نہیں پائے جاتے۔ (۵) غدی شیطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے۔ (۶) وقف الدمی تخریج انفعام کی وجہ سے پیدا ہو۔ (۷) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلحہ (basophil adenoma) معہ اپنی مخصوص و مینز علامات کے۔ یہ امر تعجب انگیز ہے کہ اگرچہ غدی سلحہ امتحانات لاش میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے، خصوصاً آخری زندگی میں، یہ ان اصابتوں میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نو مایہ جسم کے دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (۳۲)۔ (۲) فوق سرجی اضرار جو ب متلف ہونے کی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتے ہیں۔ ان میں سے فوق سرجی دوبیرہ عام ترین ہے۔ یہ دماغی سلحہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوسری رسولیاں سحالی سلحہ (meningioma) شحمی دوبیرہ (cholesteatoma) عصبی سریشی سلحہ (glioma) اور لحمی سلحہ (sarcoma) ہیں۔ (۳) دروں منجمی اضرار جو فاصلہ پر ہوں اور جوتانوی طور پر استغفار الدماغ (hydrocephalus) پیدا کر کے غده نخامیہ پر اوپر دباؤ ڈالتے ہیں۔

علامات - ان کا انحصار غدے کی فعالیت کے اختلافات پر ہوتا ہے جو ضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (غدی علامات) - نیز گرد و پیش کی ساختوں پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواسری علامات) - آخر الذکر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

تقلیل نخامیت دور افتادہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جاسکتی ہے۔

غدی علامات - کبرا الجواسج - یہ بیش نخامیت کے باعث ہوتا ہے۔ اس مرض کو سنٹائٹ میں ماری (Marie) نے بیان کیا۔ یہ عموماً ریمان میں یا ابتدائی سین بلوغ میں ہو کر آتا ہے۔ جواج (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ہڈیوں کی کلانی ہوتی ہے۔ سلامیات موٹی ہو جاتی ہیں، اور نجات العظام پیدا ہو جاتے ہیں۔ جبڑا بڑا ہو کر نیچے اور آگے کو اٹک آتا ہے (چانوی بروزاں شقی (mandibular prognathism) دانت متفاصل ہو جاتے ہیں۔ نرم حصے بھی موٹے ہو جاتے ہیں۔ جلد کے حلیات بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ ناخن چوڑے، موٹے اور مضلع ہو جاتے ہیں۔ جلد موٹی اور شخی ہو جاتی ہے۔ لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھردرے اور بڑے ہو جاتے ہیں۔ آنکھوں کی دباؤت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرز کی ہو جاتی ہے، جسے ماری نے طرز کبیر (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے۔ احتشاء مع قلب کے بڑے ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تستم بھی ہو جائے۔ کبرا الجواج میں جو فعال بیش نخامیت کے ساتھ ہوا اساسی تحول کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش شکر دمویت اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہو جائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رسولی نکال دینے کے بعد ذیابیطس میں بہت اصلاح ہو گئی (31)۔ اگر نخامیت فائرواقع ہو جائے تو برداشت شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اکثر عقلی نمودانی درجہ کا ہوتا ہے۔

اگر بیش نخامیت دوران طفلی میں واقع ہو جائے تو ہڈیاں معمول کی نسبت

زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں (عصریتیت)۔ انگلیاں بھی معمول کی نسبت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور ہاتھ اس طرز کا ہو جاتا ہے جسے ماری نے طرز طویل (type en long) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

قلیل پنجمیت۔ اس کی خالص مثالیں وہ نساؤ اصابتیں ہیں جن میں اکلا لغتہ انفعالات سے تلف ہو جاتا ہے، جو کسی عضو عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اگر ایسا طفلی کے زمانہ میں واقع ہو تو قزمیت (dwarfism) پیدا ہو جاتی ہے (پنجمی) تا مامی pituitary ateleiosis = یا لورینی طرز کی قصبتی = Lorain type of =

infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (قصرتی) = microsomia یا زینامی قصیر قامتی = (hypophyseal nanism)، لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعضا نسل غیر نمو یافتہ اور ثانوی تناسلی خصائص غیر موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم میں جسے سمانڈس (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے اور اس کے ساتھ جلد پر چھریاں ہوتی ہیں، اور سخت الجلد بافتوں کا ذیول نہایت چانوی، سستی اور تناسلی ذیول، بے طمشت، عدم اشتہا، قبض اور پست چھانی تپش، دموی فشار، تو اتر نبض، دموی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ خواب آلودہ حالت میں مر جائے۔ اگر اگلے لغتہ کا اتلاف زمانہ بلوغ میں ہو جائے تو قبل از وقت شیخوخت اس وقت واقع ہو جاتی ہے۔ پنجمی قزمیت قبل از وقت شیخوخت کے ہمراہ واقع ہو سکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشیخ (progeria) ہے۔ دوسرے دروں افزای غدوں پر پنجمیہ کا جواقتداری اثر پہلے بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ سکتا ہے کہ جب یہ غدے ذیول پائے جاتے ہیں تو علامات ہارمونوں کی متعدد تعقیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کثیوالغدی علامتہ)۔ لازماً ان اصابتوں میں جوازی علامات مفقود ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے طویل المدت اصابتوں میں پنجمی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۵، ج ۱)۔

فوق سرجی رسولیاں عموماً شیمیت اور قصبتی کا مجموعہ پیدا کرتی ہیں، جو

بچوں میں پایا جاتا ہے، اور جسے علامتہ فروبلک (Frohlich's syndrome) یا زینامی شیمی تناسلی (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis) کہتے ہیں۔

کہتے ہیں، جو قلیل سخامیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ چربی زیادہ تر شکم، سرینوں اور جوارح کے قریبی حصوں میں نظر آتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ قزیمیت پیدا ہو جائے۔ اعضائے تناسل صبیانی حالت میں رہ جاتے ہیں اور جلد شاحب، تیلی، نرم، اور چکنی ہوتی ہے۔ ناخن چھوٹے اور بے ہال اور انگلیاں گاؤ دم ہوتی ہیں۔ بڑا ہی غیر مسدود رہ جاتے ہیں۔ ذہنی نمونہ طبعی ہوتا ہے۔ سریری تصویر جوان رسولیوں کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نخول، کثرت بول اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلحہ ابتدائی درجہ ہی میں تناسلی وظائف کا انخفاض پیدا کر دیتا ہے، جو انات میں بے طمئیت سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جلدی تغیرات ویسی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں اور شمیمیت اور بال جھڑنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے کہ نہاکت، غنووگی، بردت، شکر کی زیادتی اور گھٹے ہوئے سحول کے باعث سخت الحاد پیش اور بعض اصابتوں میں کثرت بول بھی موجود ہو۔

مقد می سخامیہ کا اساس پسند غدی سلحہ یعنی کشنگ (Cushing) کا علامہ۔ اس علامہ کے مستقل علامات یہ ہیں۔ دردناک شمیمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول ساشنے یا قسم، صنفی وظیفہ کا زوال، معہ بے طمئیت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ پر بالوں کی زیادتی، جلد کا کشیرا لد موی منظم، معہ قائم خطوط ذبولی کے، عروقی پیش طنابی، کثرت خلیات احمر، درد پخت، درد شکم اور نہاکت۔ اختلاف پذیر علامات یہ ہیں:- جوارح کی نیلگونی اور آؤ ہما، کونٹگیوں کے مانند کمات، مختلف چشمی علامات، جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرت بول، کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت، شکر ولایت، تھنخل عظم اور خود رو کسور۔ امتحان لائشس پر ممکن ہے مزمن الہتہاب کلیہ کو لائشس کا اثر، فوق الکلیات کی قشری بیش تکوین، مولدات کا ذبول موجود ہو، چنانچہ یہ علاماتیات بدیہی طور پر ایک کثیر الغدی علامہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشرہ کے سرطان کی اصابتوں میں یہ حقیقی طور پر پایا گیا ہے۔

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فربہ کی اصابتیں نخامی مرض کے باعث ہی ہوں۔ وجعی شحمیت (adiposis dolorosa) یا موز ڈرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نخامی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نخامیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار جواری اور غذائی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ تاہم دروں سرچی اور فوق سرچی ضررات اور دور افتادہ دروں نجھی ضررات جو نخامی علامات پیدا کر دیتے ہیں ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غذائی سلعہ اور فوق سرچی دورہ کا سن حدود پہلے دو کو تمیز کرنے میں کارآمد ہوگا اور اس کے علاوہ آئن کا مینر لاشعاعی مناظر اور مختلف علاماتیات بھی ہیں۔ دور افتادہ دروں نجھی ضررات مثلاً ایک ذمیعی سلعہ بھی مینر علامات پیش کریں گے۔

انذار۔ یہ بُرا ہوتا ہے، کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے، اگرچہ سرج ترکی پر سے ازالہ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقہیباً فیصدی (Cushing) علاج۔ قلیل نخامیت کی اصابتوں میں اگلا نختہ جو غدہ درقہ کیسٹ خلق ہو، بصورت اقراض براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ سکوٹریں کو تحت الجلد دینا چاہئے، کیونکہ غذائی قتال میں یہ تلف ہو جاتی ہے۔ علاج کی ترقی کا اندازہ برداشت شکر پر سے کیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج پر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

ذیابیطس ملنج

(diabetes insipidus)

کثرت بول اسباب وکیل سے پیدا ہو سکتی ہے :- فتورات گرد خون کے دباؤ کی زیادتی، ذیابیطس شکر کی پیشاب کے اندر شکر کی موجودگی سے شدید مرض ایڈین میں اور عارضی طور پر بعض عوارض دماغ بالخصوص ہسٹیریا اور شقیقہ (migraine) میں۔ ذیابیطس ملنج ایک دائمی کثرت بول ہے جو متذکرہ بالا حالتوں میں

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیاء بعدہ۔ ذیابیطس ملیخ غده سنجامیہ (غالباً اُس کے پچھلے نختہ) کے تضریر یا مرن کے باعث ہو سکتا ہے۔ پچوٹرین (منا غط العروق) کے سخت الجلیدیا وروں وریڈی اثرات اس مرض کا نوعی علاج ہیں اور اُن سے پیشاب کی مقدار فی الفور گھٹ کر طبعی حجم پر آجاتی ہے اور مریضوں کو اُن کے علامات سے کمال آرام ہو جاتا ہے۔ موتزفلڈ (Motzfeld) نے بتلایا ہے کہ غیر عدیم الحس کردہ حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے اور یہ تقبیل حجم اُس وقت اور بھی زیادہ نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پہلے سے پانی سے ابھر کر مصنوعی کثرت بول پیدا کر لی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوی اعصاب کاٹ دئے جائیں تو اس دو افعال رتک جاتا ہے۔ غالباً اس خلاصہ کا فعل محض حشوی عروقی تضیق کی وجہ سے ہی ہے بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کی موجودگی انیہیات کے سرے پر پانی کے مرکز انجذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518)۔ دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضریر سے بھی ملیخ ذیابیطس ہو سکتا ہے اور اس کی وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان سدود ہو گیا ہو۔

مرضی تشتریح۔ سرج ترکی کی شعاع نگارستوں سے عموماً کوئی کلائی نہیں ظاہر ہوتی۔ غده سنجامیہ کے یا اُس کے قرب و جوار کے مختلف ضررات بیان کئے گئے ہیں:- کلوی پری کے قاعدے کے کسور و دماغی سلحہ آتشکی یا تدرنی قاعدی التهاب سمایا (basal meningitis) قمع کا تجنن۔ ایک عجیب غریب اصابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے نختے کو دوبارہ ہی تھی۔ پارکس وینر (Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غده کے پچھلے نختے کی ورنی وریزش خیال کرتا ہے۔

مکن ہے کہ شان کا اتساع اور بیش پرورش، حاملین کا اتساع اور گردوں کی کلائی دیکھنے میں آئے اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدار کثیر کے طویل المدت دباؤ سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔

علامات۔ یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہو جاتے ہیں۔ نمایا

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیشاب کی مقدار چوبیس گھنٹے میں ۲۰، ۱۵، بلکہ ۴ پاؤنڈ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھلکے یا ہلکے رنگ کا تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے، اسکی کثافت نوعی ۱۰۰۲ سے ۱۰۰۵ تک، اور تعامل خفیف سا ترشی ہوتا ہے۔ اس میں ٹھوس اجزاء کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر بولیت ہوتی ہے، یاریقی غدود کا افراز زیادہ ہو جاتا ہے۔ منہ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں، اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو، اور وہ ذیابیطس کو بجائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ نخامی مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خودرواصا تبیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں داخل ہو کر ہلاکت نہ پیدا کر دیں، تو یہ اصابتیں شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر بولیت طاری ہو کر اس حالت کو ذیابیطس شکر بنادیتی ہے۔

تشخیص۔ پھلکے رنگ اور پست کثافت نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر، جس میں غیر طبعی اجزاء موجود نہ ہوں، اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی ہمیشہ علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام، مثلاً وہ جو مرض براؤنٹ اور ہشیاٹ میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کروینے چاہئیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار ممیز طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی، اور دوسری دلائلیں موجود ہوتی ہیں، جیسے کہ بلند شریانی تناؤ اور قلبی بیش پرورش۔ ہیشیاٹ میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ خلاصہ نخامیہ کا تحت الجلد استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اُس کے ایک مکعب سینٹی میٹر (۵ قطر) کا شراب دن میں دو بار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر قبضہ حاصل کیا جائے۔ بد قسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جوہر

فعال (پچوٹرین) قنال غذائی میں تلف ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ وطاروں انفی ریشش (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (jelly) کے ذریعہ کہ جس میں پٹریسین (pitressin) ہو، یا سب سے بہتر خشک کردہ شخامیہ کے ذریعہ جو ناک میں ”نخامی ناس“ (”pituitary snuff“) کے طور پر نفوخ کیا جائے۔ بعض اصابتیں پٹریسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے۔ جلی دماغی مرض (مثلاً رسولی وغیرہ) میں قدماً عملیہ کا سوال پیدا ہوگا۔ چند اصابتوں میں قطنی کچو کے سے تخفیف ہوئی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ قاعدہ دماغ پر مصلی التهاب سحایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (82)۔

غده صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنامیہ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or conarium =) ایک غدی عضو ہے جس کا وزن تقریباً ۱/۲ گرام ہوتا ہے۔ یہ ایسے سرحد آسا خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ڈھیلی وضع رکھنے والی نہکوں میں ہوتے ہیں اور جن کے درمیان دھوی جوف ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیموسیہ کی طرح اس کی بچا خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے اور بعد میں اس میں کیتھارکس واقع ہو جاتا ہے۔ وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں: بیش پرورش اور ذبول، سلحات، دیرے اور پھوڑے، نزف اور آتشک۔

سلحہ کی اصابتوں میں جن میں تھول کے ایسے تغیرات ظاہر ہو چکے تھے جن سے باطنی افراز کا اختلال ظاہر ہوتا تھا موضوع گیارہ سال تک کی عمر والے بچے تھے، اور تغیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ کے تھے)۔ ذہنی تبادر جسم کی غیر معمولی طور پر سریع بالیدگی، قضیب اور خستین کی

کلافی، موئے زہار کی تباہی، بالیدگی، اور بعض اوقات شحمیت۔ ان کے سلسلہ بعض اوقات دروں، نجمی سلسلہ کی علامتیں بھی موجود ہیں اور مختلف اصابتوں میں جو سلسلہ موجود تھے وہ یہ تھے :- لحمی سلسلہ، دویری زہلی لحمی سلسلہ (cystic psammo-sarcoma)، سریشی سلسلہ (glioma) یا سخطنی سلسلہ (teratoma)۔

تناسلی غدو

(GONADS)

خصیہ اور بیض کے امراض یا قی تفرات کا منظم بیان جراحی اور علم امراض کی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدو پر مختصر آن کے دروں افزائی وظیفہ کے نقطہ نظر سے غور کیا جائے گا۔

19 زمانہ صنفی اعضا۔ حیضی دور کی ابتدا میں، نزف موقوف ہو جانے کے بعد، رحم کی غشاء مخاطی واحدہ کی بنی ہوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکاثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دینر ہو جاتی ہے، جو کہ ایسٹرن (oestrin) یا جرابی ہارمون یا فاکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زمانہ صنفی ہارمون جو کہ ثانوی صنفی خصائص کا سبب ہے، گرافائی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدگی حاصل کر کے پختہ ہو جاتی ہے۔ جب گرافائی جراب کے پھٹنے سے بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، تو جسم اسے مغرظہوریں آتا ہے اور یہ ایک دوسرا بیضی ہارمون پیدا کرتا ہے جسکو پروجسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجسٹین رحمی مخاطیہ کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدو کو ملقف بنا دیتا ہے (یہ افزائی ہیئت ہے) جس کا مقصد بارور شدہ بیضہ کی دھوکی کیلئے تیاری ہے۔ اگر استقرار حمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ پھوٹ جاتی ہے اور رحم سے نزف کے ہمراہ خارج ہو جاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ آئندہ مادوں میں حیضی دور اس طرح شروع کیا جاسکتا ہے کہ ڈائی ایسٹرن (۴۵۰۰۰ یونٹ) ۵ خوراکیں میں ۲ دنوں میں سے پہلے چوتھے ساتویں

گیارہویں اور چودھویں دن دیا جائے، اور اس کے بعد پروجسٹین (ہرگوشی یونٹ) دیا جائے، یعنی ہر روز ایک ہرگوشی یونٹ، سترہویں روز سے شروع کر کے (42) چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جاسکتا ہے جو کہ صنفی اعضا کے کم ہونے کا باعث ہو۔ اگر حد سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو گرافیا کی جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پھٹنے نہیں پاتی، اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دوسری ہو جاتی ہے اور آخر کار ٹوٹ پھوٹ کر شدید زخف پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصغر نہیں بننے پاتا، اس لئے افزائی درجہ پیدا کرنے کے لئے کوئی پروجسٹین موجود نہیں ہوتا، لہذا اس کو زخف کے درجہ میں بذریعہ اشراب دینا چاہئے۔ بسا اوقات بالکل چھوٹی خوراکیں درکار ہوتی ہیں اس لئے کہ ورس ہرگوشی یونٹ ۵ دنوں پر پھیلی ہوئی، اگرچہ ۶ تا ۸ یونٹ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے، مثلاً جفتی کو آنا بنانے کے لئے مہل میں (چوہے اور موش میں سرطانی کا تقرن)۔ یہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار شیع سانڈ کا پیشاب ہے، اور سب سے زیادہ فعال مرکب دو ماڈر جن جوہروں کو ایسٹرن سالمہ میں ملائے سے حاصل ہوتا ہے، جو کہ ایک سٹرال (sterol) ہے اور کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholesterol) اور کیلسیفرال (calciferol) (حیاتین د) کے ساتھ ملتا جلتا ہے، نیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جو کہ اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں متعدد مختلف لیکن قریبی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شیع آفریں خواص رکھتے ہیں، اور ایک مادہ ایسا جس کا اشراب کرنے پر شیع اور جبکی تصنیع جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہے (48)۔ بیض کے نمونے اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے، ضخامیہ کا مقدم لختہ ایک ہارمون کے ذریعہ اقتدار رکھتا ہے جس کا ایسی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا، لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیا کی جراب کا نمو اور ایسٹرن کا افزا واقع کرتا ہے، اور بڑی مقداروں میں جسم اصغر کا کل نمو واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹین کا افزا ہوتا ہے۔ حل کے دوران میں خون اور پیشاب میں

ایک قریبی طور پر مثال مادہ پایا جاتا ہے، جو کہ غالباً مشیمہ سے پیدا ہوتا ہے اور پرولان (prolan) کہلاتا ہے۔ اس واقعہ کو پہلے پہل آسشم (Ascheim) اور زونڈک (Zondek) نے حمل کے کاشف کے طور پر استعمال کیا، کیونکہ پرولان پر مشتمل پیشاب کا اشراب حیوانات میں کرنے سے بیضین میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ شناخت کئے جاسکتے ہیں (44)۔

مردانہ صنفی اعضا - خصیوں کا اتصال، مبین اعضا، حویصلات منوی، قدامیہ کوپر (Cowper) کے غدو اور قصب کا عدم نمو یا ذبول پیدا کرتا ہے۔ خصیوں کا یہ اثر مردانہ صنفی ہارمون کی وجہ سے ہے جو کہ خصیہ کے رخنکی غلیات میں تیار ہوتا ہے۔ بیض کی طرح، خصیہ کا نمو بھی مقدم سخامی لختہ ہارمونی اقتدا کے تحت ہے۔ یہ ہیج مولد جو کہ حمل کے دوران میں پیشاب میں موجود ہوتا ہے، غیر نازل خصیہ کا علاج کرنے میں کارآمد ہے، چنانچہ ۵۰۰ فاری یونٹ کا اشراب "پریگنیل" ("pregnyl") کی صورت میں ہفتے میں دو بار دیا جاتا ہے (45)۔

اختصاء (eunuchism) - اس کے علامات کا انحصار اس امر پر ہے کہ آیا انحصاء بلوغ سے پہلے یا بلوغ کے بعد کیا گیا ہے۔ اول الذکر حالت میں قصب، غدہ قدامیہ، حویصلات منویہ، چھوٹے رہ جاتے ہیں اور ان موضوعوں میں شہوت یا قابلیت جماع نہیں پیدا ہوتی۔ اگر انحصاء کا عملیہ بلوغ کے بعد کیا گیا ہے، تو قصب کا زیادہ مذبول ہونا ضروری نہیں، لیکن غدہ قدامیہ نسبتاً چھوٹا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ شہوت بلکہ قابلیت جماع بھی کم از کم کچھ عرصہ تک باقی رہے۔ غدہ قدامیہ کا افراز مقدوف ہوتا ہے۔ نفسی لحاظ سے مرد کی طبیعت ہجو میت غایب ہو جاتی ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ جسمی افراد میں بڑی عقلی قوتیں اور فنون لطیفہ کی قابلیت موجود ہو۔ جسمانی لحاظ سے وہ یا تو (۱) دراز قامت اور بلبے پتلے ہوتے ہیں اور ان کے ہاتھ لمبے لمبے ہوتے ہیں، یا (۲) وہ پستہ قد اور موٹے ہوتے ہیں، اور ان کی چربی کی توزیع زیر نامی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia genitalis) سے مماثل ہوتی ہے۔ دونوں طرز کے اشخاص میں حوض چوڑا، اور جلد کارنگ شامب رہتا ہے۔ پوٹوں کے جانی نصف حصے گرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے غنودگی کا

منظر پیدا ہوتا ہے، اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں دو جانبہ بیض برآری سے قبل از وقت ایسا پیدا ہو کر فریبی، سرخ متماہٹ، تنفسی قلبی اور بعضی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکتی یا دالہ نفسی علامتاں ظاہر ہو سکتے ہیں۔

خصیمانی (eunuchoidism)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں کیا جاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غدو کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ غیر نازل خصیتیں (خففاء الخصیتین = cryptorchidism) رکھنے والے مریضوں میں غیر عام نہیں۔ اختصار کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جائے (عاجل خصیمانی = early eunuchoidism) یا نسبتاً بعد میں ضال تناسلی زندگی کے طبعی عرصہ کے دوران میں (آجل خصیمانی = late eunuchoidism)۔ اختصار کی طرح اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں۔ ذہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت اور قابلیت جماع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد سحاب ہوتی ہے اور بعض اوقات اُس میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھڑیاں ہوتی ہیں۔ دہن سے تشع کرنے والی۔ خطی جھڑیوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورت خصیمانی دراز قامت ہوتی ہیں اور اُن کے شکم کے زیریں حصے، جبل الزہرہ، سُرینوں اور رانوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جماؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور مہبل زیر تکوینی ہو جاتے ہیں۔

بیش تناسلیت (hypogenitalism)۔ اور **تقلیل تناسلیت (hypergenitalism)**۔ اختصار اور خصیمانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لیے محفوظ و مخصوص ہیں جو تناسلی غدو کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن تناسلی غدو کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے فتائی غدو کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا بیض کی رسولیوں سے بیض کی بیش وظیفگی سے، یا فوق الکلیہ قشرہ یا جسم صنوبری کی رسولیوں سے بیش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ تباور یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

اسی طرح آجل بلوغ، جو دونوں صنفوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تعاسلی غدو کے قلیل وظیفہ کے باعث ہو، یا ممکن ہے کہ وہ تناسلی غدو پر دوسرے اعضا کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

مختلف علامیات

(VARIED SYNDROMES)

فرہی

(obesity)

فرہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بعض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبی جماؤ کی حد کہاں ختم اور فرہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فرہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اُس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہوا کرتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں:۔ عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دورانِ حمل میں اور سنِ بچہ کے آغاز میں، اور مردوں میں اوجیٹر عمر کے زمانہ میں۔ بحیثیت مجموعی عورتیں مردوں کے نسبت فرہی ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

امراضیات۔ طبی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اُس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی عضلی محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص وقتاً اپنے عادات بدل کر نسبتاً زیادہ قعودی زندگی اختیار کر لے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی لہذا نسبتاً کم غذا کی تکسید ہوگی، اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

جماؤ ہو جائے گا۔ شحم اور کاربوہائیڈریٹس، دونوں اس طریقہ سے آسانی مذخور ہو جاتے ہیں۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزاء کی تگید زیادہ آسانی کے ساتھ ہو کر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فرہی کی بہت سی اصابتوں کے اجماع عامل حیاتی عدم فعالیت اور بسیار خوری ہیں۔

لیکن وافر فرہی کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کما حقہ اس طریقہ سے نہیں کی جاسکتی۔ تندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فرہہ اشخاص بھی ہیں جو نسبت بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیار خور اشخاص بھی مستقلاً دُبلے پتلے ہوتے ہیں۔

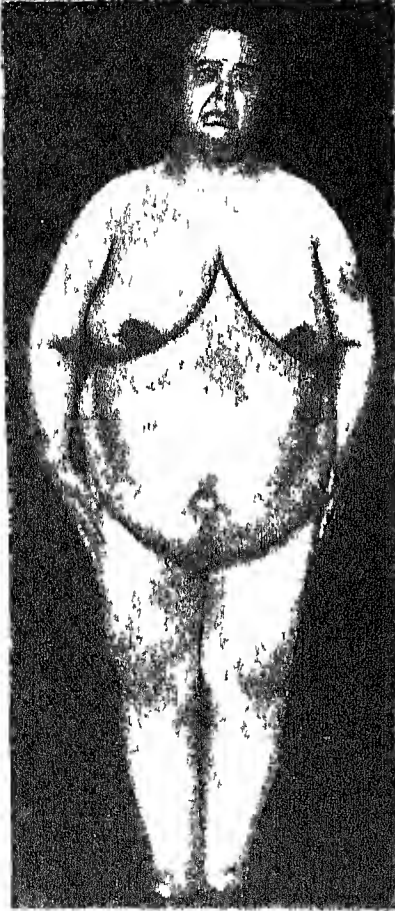
ان خصائص ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصی شرح تگید سے کی جاسکتی ہے اور ان کا مقابلہ اساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تخمین سے کیا جاسکتا ہے۔ قلیل درقیت یا مخاطی اذیمیا میں اساسی تحول کم ہو جاتا ہے اور یہ مریض منہرہ ہو جائے گا رجحان رکھتے ہیں، اگرچہ مشالی مخاطی اذیمائی مریض فرہہ نہیں ہوتے۔ غدہ شخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل شخامیت کا ظہور ہو، اساس پسند غدی سلعہ فوق الکلیہ کیسوں کے بیش کلوی سلعہ (hypernephroma) میں غدہ صنوبریہ کے امراض میں، اور دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں، اور آختہ گری کے عقب میں شخیت واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں، بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، اساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدو) طبعی سے زیادہ محنت اٹھا رہی ہیں، جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے، کیونکہ شخمی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا اساسی تحول نہایت ہی پست ہے (46)۔ شاید تحول کی وہ زیادتی جو غذا لینے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے، اور اسی سے فرہی کی توجیہ ہو جائے گی (4)۔

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فرہی، انسولین کی وافر پیمائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائیڈریٹ کو شخم میں متغیر کر دیتی ہے۔ چنانچہ

لینگر بانس کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں۔ شکری برداشت زیادہ ہوتی ہے جیسا کہ شکر دینے کے بعد دوسوی شکر کے منحنی سے ظاہر ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے رجحان

کی یہ توجیہ ہو سکتی ہے کہ جزیروں کا پیش فعال و فلیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے بعد تھکاوٹ سے متاثر ہو جاتا ہے۔

وہ حالتیں جو کہ فرہ بھی کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فرہ انھیں کو کئی بے آرمیاں یا وقتیں پیش آتی ہیں اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی کے اس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فرہ ہی لگتی ہو گئی ہو۔ اگر فرہ ہی اوائل عمر میں ہے تو ممکن ہے کہ عضلی نظام بھی بنو یافتہ ہو جائے تاکہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متناظر ہو جائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کثرتی سلوا بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑبنت پہلوانوں کی طرح اکثر فرہ ہوتے تھے۔ لیکن بااوقات نہایت فرہ اشخاص زیادہ محنت یا ریکل کے ناقابل ہوتے ہیں، ان کی سانس پھو جاتی ہے اور ان میں اختلاج پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات قلب میں سمی پیش بالیدگی موجود ہوتی ہے۔ زائد پیدائش حرارت کا لازمی نتیجہ یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جانے کی وجہ سے قلب کا کام زائد ہو جائے اور اس سے



شکل ۶۰۔ ڈاکٹر آے۔ جی کلن کا مریض جس کو وجہی شجیت کی شکایت تھی۔

قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فرہ ہی کہہ ہل

پانی جانے والی حالتوں میں سے نفرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہئے کیونکہ غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ فربہی ذیابیطس شکر کی استعداد بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وجہی شحمیت (adiposis dolorosa) (مرض درکم Dercum's disease)۔ اس مرض میں درقیہ اور نخامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جاسکتے ہیں اور ماؤف حصوں میں التهاب عصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا ہے:۔ (الف) منتشر شحم سلحیت (diffuse lipomatosis) جو یا تو سوائے ماتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو ماؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے، اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر تشاکل طور پر پانی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۶۰)۔ یہ مریض ایک پتجاہ سالہ عورت تھی جس کا وزن ۲۰ پٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی اداسی تصویر میں خوب دکھائی گئی ہے۔ امتحان بعد المات میں درقیہ چھوٹا اور کیفی تھا مگر نخامیہ تندرست تھا۔ (ب) شحمی گہکوں (fatty nodules) کی شکل میں۔ یہ بھی تشاکل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دروناک ہوتے ہیں بالخصوص دبائے پڑے اور یہ مریض اکثر منہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔

متسرقی شحمی سوء تغذیہ (lipodystrophia progressiva) یہ غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک نادر مرض ہے جس میں زیر جلدی شحم کا تشاکل نقصان ہوتا ہے جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے، لیکن اکثر اوقات جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور ممکن ہے بچپن میں شروع ہو (58)۔

علاج مریض کو شحم یا اس پر مشتمل غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہئے یا بالکل ان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مگر دباؤ گوشت، شکار مرغی وغیرہ پالتو پرندے، مچھلی، سبز ترکاریاں، ٹماٹر اور تازہ پھل کھائے جاسکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست کاربوہائیڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو میننگ کے علاج (Banting's treatment) یا سلسبری علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فاقہ کشی کے دن تجویز کر دئے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیاں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۷۴) اور تازہ پھل کھائے اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی پھلی (۲ یا ۳ اونس) لے کہ جس سے پروٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ اگر کارے گار سے تیار کی ہوئی جیلی جو قتال غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذا میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اس کی حراری قیمت پست ہوتی ہے اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ بھرجم رکھتی ہے جس کی وجہ سے خلوے معدہ کا احساس نہیں ہوتا۔ بارلے شکر (barley sugar) جب چوسی جائے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں ڈبل روٹی یا توس (toast) نشاستہ وار بکٹ، ادا لوا اور پیڑ جو ملائی اترے ہوئے دو وہ سے بنایا ہوا ہو یا ڈچ (Dutch) یا کاٹیج (cottage) پیڑ کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پڑے، مثلاً التھاب منفل میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہئے یعنی ۷۰ روزانہ عضلی قلبی مرض میں پست حراری غذا دینی چاہئے، لیکن گلو کوں تجویز کر دینا چاہئے، ایک اونس چار چار گھنٹہ سے۔ پست شحم والی غذا کے ہمراہ کافی (اور ۵۰) حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں، مثلاً ریڈیوسٹولیم (radiostoleum) ایک کیسہ روزانہ۔ الکلی مشروبات سے پرہیزی بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک، ہلکی انگور ڈی شراب، یا وٹسکی کی تھوڑی مقدار جس کی ترقیق خوب کر لی جائے، بہترین ہے۔ بیرے جس میں زیادہ مالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کونسی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عمر اور عضلی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر ہارٹ چرٹضا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جاسکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر راغب کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ دردی بھی موجود ہو، جیسے کہ وجہ شیمیت میں۔ ایسی صورت میں برگونی علاج (Bergonie treatment) مفید ہو سکتا ہے۔ اس میں ۱۰۰ وٹ اور جوارح کے عملات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فراوی زو کے ہیج سے بلا دروا نقباضات

پیدا کئے جاتے ہیں۔ یہ آستینا کارگر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام، لیکن پھر بھی کچھ نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت الحار غسل مفید ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے تحول میں زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غسل کی مدت ایک گھنٹہ تک ہو سکتی ہے، اور پیش اتنی کم ہو جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شائٹ (Schott) اور دوسروں نے نوہیم (Nauheim) میں جس علاج کی ابتدا کی ہے، اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر بہیم پہنچایا جاتا ہے، اُس وقت موزوں ہے جب کہ فزہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائے جائیں۔ اور وہ کچھ تو طبی مغصلات میں اغراق ہے، اور کچھ بازوؤں، دھڑ اور ٹانگوں کے عضلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے خلا کرواتا ہے اس طرح کہ حرکات کے درمیان آرام کے وقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم کے مختلف چشموں کی پیش ۶۰-۹۵ ف تک ہوتی ہے، اور ان میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) لمحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے، جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائیڈ اور کیلیم کلورائیڈ اور باری کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ طبی اجزاء اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کے باریک قبیلوں کے جلد پر ہیج عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائیرائیڈیم (thyroideum) (گزن ۱-۵) کے طور پر صرف اُس وقت تجویز کرنا چاہئے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیت موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی امابتوں میں تحول طبعی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ اور اراہول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے، اور یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ سیال کا احتباس زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

تقصیمی

(infantilism)

تقصیمی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبعی طور پر رست ہونا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ تقصیمی کے

ہمراہ ترقیت بھی پائی جائے، لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے، تعظم میں تاخیر ہو اور تناسلی نمونہ ہو۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیر کا ہونا ضروری نہیں۔ تصببی مختلف مزمن سرایتوں اور دوسرے سببوں کی وجہ سے آتشک، تدرن، پیدلاگرا (pellagra)، حمی قرمزیه، مزمن اسپہال، بقرا سی قلت اور بعض غیر نامیاتی سموم، جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتی ہے۔ بچوں میں مزمن رخت کی التهاب گردہ کے ساتھ تصببی پائی جاسکتی ہے۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اصابہیں شامل ہیں جو دروں افزائی اعضاء کے مرض، جیسے کہ قمار (cretinism) علامیہ فیروک (Frohlich's syndrome)، نخامی نامیاتی (pituitary ateleiosis)، تشنج (progeria) اور ذیابیطس ملیخ کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ تصببی کی دوسری مثالیں وہ تاخیرات نمونہ ہیں جو عدم نمو (achondroplasia) عضلی ذبول، صلابت الجلد (sclerodermia)، قلبی اور عروقی ضررات، کوچک بری (microcephaly)، استقاء الدماغ (hydrocephalus)، ابلہی (amentia)، بیش پرورشی کبیت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، کلاں طحالی کبیت (splenomegalic cirrhosis) اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ آخر میں، صنفی قسم کی نامیاتی ہے جو مجہول المبدأ ہے اور پہلے بیان کی ہوئی نخامی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر صنفی اعضا پختگی حاصل کر لیتے ہیں، بر بالے غنیم ہو جاتے ہیں، اور وہ فرد بعض خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے، اور دوسرے خصوص میں چھوٹے پیمانہ پر ایک مرد یا عورت۔

حوالہ جات

REFERENCES

- 1 T. W. Adams and E. P. Poulton .. 1935 *Guy's Hosp. Rep.*
- 2 E. W. Ainley Walker. 1916 *Proc. Roy. Soc., B.* 89, p. 157.
- 3 E. P. Poulton .. 1917 *Guy's Hosp. Gaz., N. S.* 31, p. 50.

4. E. Dubois (Basal Meta- 1924 Lea & Febiger, New
bolism in Health York,
and Disease) ..
5. R. D. Lawrence .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 516.
- 6 J. H. Burn and H. H. 1924 *Journ. Physiol.*, 59, p.
Dale .. 164.
- 7 J. J. R. Macleod .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 45.
- 8 E. P. Poulton (Gouls-
tonian Lectures) .. 1918 *Lancet*, June 22.
- 9 Burgess, Campbell, Os-
man, Payne and
Poulton .. 1923 *Lancet*, ii., p. 777.
- 10 C. von Noorden (Pa-
thologie d. Stoff-
wechsels) .. 1906 Berlin, i., p. 207.
- 11 R. T. Williamson (Di-
seases of the Spinal
Cord) .. 1911 p. 371.
- 12 E. P. Poulton .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 261.
- 13 W. W. Payne and E. P.
Poulton .. 1925 *Lancet*, ii., p. 638.
- 14 W. W. Payne .. 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, p. 308.
- 15 W. Cramer (Fever, etc.,
and the Thyroid-
adrenal Apparatus) 1928 London.
- 16 J. M. H. Campbell .. 1927 *Journ. of Hygiene*, 26,
p. 1.
- 17 Adams and Crossley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 501.
- 18 G. R. Murray .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 908.
- 19 H. Curschmann .. 1922 *Klin. Wochenschrift*,
June 24, p. 1296.
- 20 J. S. Goodall and L.
Rogers .. 1927 *Lancet*, i., p. 486.
- 21 D. Hunter .. 1930-31 *Quart. J. Med.*, 24,
p. 393.
- 22 F. R. Fraser .. 1925 *Brit. Med. Journ.*, i.,
p. 1.
- 23 R. D. Lawrence .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii.,
p. 753.

- E. G. B. Calvert .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii,
p. 834.
- 24 Review on Biochemis-
try of Blood .. 1922 *Med. Sci.*, 6, p. 474.
- 25 S. Graham and G. H. Anderson .. 1924 *Quart. Journ. Med.*, 18,
p. 62.
- 26 J. Argyll Campbell .. 1926 *Lancet*, i., p. 72.
- 27 D. Gyorgi (Communi- 1929 Assocn. Physicians.
cation) .. Cambridge.
- 28 F. W. Mott and J. E. Hutton .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii,
p. 95.
- 29 P. M. Statistics, Lon-
don Hospital ..
- 31 A. W. M. Ellis .. 1924 *Lancet*, i., p. 1200.
- 32 Tucker .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i.,
"Epitome," p. 25.
- 33 I. Greenwald .. 1922 *J. Biol. Chem.*, 54, p. 285.
- 34 G. Graham .. 1917 *Quart. Journ. Med.*, 16,
p. 245.
- 35 F. Dickens, Dodds, and
Wright .. 1925 *Bioch. Journ.*, 19, p. 853.
- 36 R. A. McCance and R. D. Lawrence .. 1929 Med. Res. Council, Re-
port on Carbohydrate
Contents of Food.
- W. O. Atwater and A. P. Bryant .. 1906 Washington. The Che-
mical Composition of
American Food Mate-
rials.
- 37 H. G. Close .. 1934 *Lancet*, i., p. 732.
- 38 A. Walton .. 1929 *Eugenics Rev.*, 20, p. 253.
- 39 W. W. Payne and E. P.
Poulton .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*
- 40 E. M. Anderson and
J. B. Collip .. 1934 *Lancet*, i., p. 781.
- 41 I. Snapper .. 1928 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 21,
p. 1771.
- 42 C. Kaufmann .. 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27,
p. 849.
- 43 E. C. Dodds (Goulsto- 1931 *Lancet*, i., pp. 931, 988,
nian Lectures) .. 1048.
- 44 P. M. F. Bishop .. 1933 *Guy's Hosp. Rep.*, 83, p.
308.

- 45 A. W. Spence and E. F. 1934 Therap. Section, Roy.
Scowen (Communi- Soc. Med.
cated)
- 46 E. P. Poulton and E. C. 1931 Proc. Roy. Soc. Med.,
Warner Oct. 13, p. 347.
- 47 R. McCarrison 1933 Brit. Med. Journ., ii.,
p. 671.
- 48 C. R. Harington 1933 Proc. Roy. Soc. Med.,
26, p. 870.
- 49 F. R. Fraser 1931 Brit. Med. Journ., i.,
p. 739.
- 50 E. P. Poulton and W.
L. Watt 1934 Lancet, ii., p. 535.
- 51 A. B. Anderson, C. R.
Harington & D. M.
Lyon 1933 Lancet, ii., p. 1081.
- 52 H. M. Turnbull and M. 1931 Journ. Path. Bact., 34,
Young p. 213.
- 53 W. Hartston 1933 Lancet, ii., p. 1416.
- 54 E. P. Poulton 1936 Diet Tables and Recipes
and the Treatment of
Diabetes and Obesity.

ضمیمہ

مرض گلاںکوچن (دوان گکر: Von Gierke کا گلاںکوچن آفریں کیراںکبد
(hepato-megalia glycogenica) - بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے
جگر کی اور بعض اوقات گردوں کی کلائی واقع ہوتی ہے، اور ان اعضا اور دوسرے
اعضا میں گلاںکوچن کے ذخیرے کی زیادتی، ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے۔ تصبی اور فرج
کی طرف رجحان ہوتا ہے۔ فاقہ کشی میں دموی شکر پرست ہوتی ہے، اور دموی شکر
برداشت کے معنی میں مقبوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اثر اب کرنے کے بعد دموی
شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دموی گلاںکوچن اور کولسٹرال بلند ہوتے ہیں اور ایسٹرون بولیت
موجود ہوتی ہے۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۳	۹	تنفس	خویر
۸۴	۲۰	خون زاد	خون برداشتنہ
۹۳	۱۱	مسند	مسند
۹۵	۲	دینے	دینے
۱۰۰	۸	سببیں	عذیبہا
"	"	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کہہ	کر
۱۸۱	۴	(HYDSOTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولٹیں	پولٹوں
۱۹۹	۲۳	بلعوم	بلعوم
۲۲۴	۸	مورثی	مورثی
۲۲۵	۶	خنجسہ	قصبہ
۲۶۵	۱۱	اسقدر ہوگا	اسقدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	باباں	دایاں

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	باہر	اور
۲۸۲	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قائم ہو کر	رفع ہو کر
۲۹۲	شکل ۲۵ سطر ۲	(م-ک)	(م-ل)
-	۶	قلب بنگار	قلب بنگارش
۲۹۳	شکل ۲ سطر ۲	(م-ک)	(م-ل)
۲۹۳	شکل ۲۹ سطر ۱	(م-ک)	(م-ل)
۳۲۸	۱۹	مریض	مرض
۳۴۳	۱۴	دائیں	بائیں
۳۴۶	۲۵	دہاتی نبض	رشی نبض
۳۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۳۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۳۲۰	۲۲	اماراب	امارات
۳۳۷	۱۱	پیری میں	پیری میں
۳۳۹	۴	اس وقت	اس وقت
۳۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۳۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۳۷۷	۲	شرب	ثرب
۳۸۷	۱۱	سخی	صخی
۳۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۳۹۶	۱	جلہ	جگہ
۳۹۸	۱۹	تخلی	تخلی
۵۱۲	۲۳	عقوی ضرر	عضوی ضررات

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۲۱	۱	دائیں	بائیں
۵۲۹	۲	(gastro-duodenal & duodenal)	(gastro-jejunal & jejunal)
۶۳۳	۲۲	قئے کرنے	بیمار ہونے
۶۳۱	۲۱	غذا غیر معمولی	غذا کی غیر معمولی
۶۴۹	۲	بروسیا کی	پروسیا کی
۶۷۲	۱۲	بائیں	دائیں
۶۷۵	۱۰	بائیں	دائیں
۷۰۲	۱	کیونکہ عملیہ سے اقلی	کیونکہ اقلی
۷۳۸	۸	بے ترشہ عدم دموبیت	بے صفرا بولی یرقان
۷۷۲	۱۷	نورن	نورن
۷۸۳	۲۱	است	راست
۸۲۳	۱	امید افزا	اغلب
۸۵۱	۱۷	مقدم فحاشی قلت	مقدم فحاشی قلت
۸۶۱	۱۹	ارادی دور	ارادی طور
۸۶۳	۱۱	۲۰	۲

۴۳	اشاریہ	عمل طب جلد دوم
	Von Noorden's diet in diabetes,	وان نورڈین کی غذا ، ذیابیطس میں ، ۸۶۵
	Von Recklinghausen's disease,	وان ریککلنگہاؤسن کا مرض ، ۸۷۹
	Walter (Ainley) calculation of predicted weight,	آئنلیے والٹر کی پیمائش تخمین کردہ وزن کی ، ۸۳۰
	Water brash,	حرقان القلب ، ۵۱۵
	Winter cough,	سعال شتائی ، ۳۳
	X-ray examination in bronchiectasis,	لاشعاعی امتحان ، تعدد الشعبہ میں ، ۴۶
	of abdomen,	شکم کا ، ۴۸۰
	of heart,	قلب کا ، ۲۶۵ - ۲۶۶
	of stomach,	معدہ کا ، ۴۹۷
	Xanthelasma, in jaundice,	سلمہ اصفر ، یرقان میں ، ۶۲۸
	Xanthoma in diabetes,	زرد سلمہ ، ذیابیطس میں ، ۸۲۰
	in jaundice,	یرقان میں ، ۶۲۸
	Xanthopsia in jaundice,	بصارت اصفر ، یرقان میں ، ۶۲۸
	Ziehl-Neelsen method of staining,	زیہل نیلسن کا طریقہ تلوین ، ۱۳۲

قرحہ ، اتھیرومائی ، ۴۳۳	Uleer, athromatous,
معدہ اور اثنا عشری کا ، ۵۳۴	of stomach and duodenum,
ھضمی ، ۵۳۴	peptic,
تقرحی التهاب قولون ، ۵۹۳	Ulcerative colitis,
التهاب درون قلبہ ، ۳۹۰	endocarditis,
یک نختکی کمہمت ، ۶۵۵	Unilobular cirrhosis,
یودیا دمویٹی دمہ ، ۵۷	Uræmic asthma,
بول میں ڈا با سٹیس ، ۶۸۴	Urine, diastase in,
کے طبعی اجزائے ترکیبی ، ۷۱۵	normal constituents of,
شری ، حالت حساسیت میں ، ۴۹	Urticaria, in allergic stato,
مصرعی مرض ، قاب کا ، مزمن ، ۳۵۹	Valvular disease of heart, chronic,
کی تشہیب ، ۳۷۵	diagnosis of,
کا انداز ، ۳۷۹	prognosis of,
کا اضافی توازن ، ۳۵۹	relative frequency of,
یمینی ، ۳۷۳	right-sided,
وان ڈن برگ کا کشفہ ، ۶۲۸	Van den Bergh's test,
ضاغط العروق ، ۸۸۸	Vasopressin,
استماع شرايين ، ۳۷۶	Veins, auscultation of,
نبض ویدی ، ۲۷۶	Venous pulse,
بطن کا ویشکی انتاباض ، ۳۱۶	Ventricular fibrillation,
حوبصلی خریز ، تنفس میں ، ۱۳	Vesicular murmur in respiration,
لمسی ارتعاش ، ۷	Vibration, tactile,
ذبحہ ونسنٹ ، ۳۱۱	Vincent's angina,
مسترجلیت ، ۸۸۶	Virilism,
مرئی حرکت دودی ، ۵۵۱	Visible peristalsis,
صوتی احبال کا شلال ، ۲۳۹	Vocal cords, paralysis of,
حقیف ، لمسی ، ۷	fremitus, tactile,
گمک ، ۱۹	resonance,
بولنے کی آوازیں ، ۱۹	Voice sounds,
قتلۃ الامعاء ، ۶۱۰	Volvulus of intestine,
سلی رتوی میں کھفے ، ۱۱۶	Vomier in phthisis,
قہے ، درد قہوہ جیسی ، سرطان معدہ میں ، ۵۶۰	Vomit, coffee-ground, in carcinoma of stomach,
کا امتحان ، ۴۹۹	examination of,
قہے ، دوری ، ۵۲۷	Vomiting, cyclical,
ھسایر بانی ، ۵۲۶	hysterical,
وان گر نی کی امارت ، جھوٹی کا اثر میں ، ۸۶۲	Von Graefe's sign in exophthalmic goitre,

اشاریہ	عمل طب جلد دوم
Toxaemia, alimentary,	قتال غذائی تسمم الدم ، ۵۶۹
Toxic adenoma of thyroid, idiopathios,	سمی غدی سلعہ ، درقیہ کا ، ۸۵۸
Trachea, compression of,	خودرو عارضات ، ۴۹
diphtheria of,	قصبہ کا انضغاط ، ۲۴
foreign bodies in,	کا ڈفٹھیریا ، ۲۳
new growths in,	میں اجسام غریبہ ، ۲۴
obstruction of,	میں نوبالیدیں ، ۲۳
stricture of,	کا تسدد ، ۲۳
syphilis of,	کا تضیق ، ۲۴
tubercle of,	کی آتشک ، ۲۲
Tracheal tugging,	کاشکاش ، ۴۵۳
Tracheitis,	التهاب قصبہ الریہ ، ۲۱
Transfusion, blood,	نقل الدم ، ۷۷۶
Tremors of limbs in exophthalmic goitre,	لرزش جوارح ، جھوظی گائٹر میں ، ۸۶۲
Tricuspid obstructive murmurs,	مثالی تسدد کے خریات ، ۲۵۹
regurgitant murmurs,	بازروی کے خریات ، ۳۷۳-۲۵۹
stenosis,	ضیق ، ۳۷۴
Trousseau's sign in tetany,	ٹراسو کی امارت ، تکرز میں ، ۸۷۵
Tubercle bacilli, staining of,	تدرن کے حصیات کی تلوین ، ۱۳۲
of heart,	قلب کا ، ۳۳۹
of intestine,	آنت کا ، ۶۰۶
of trachea,	قصبہ کا ، ۲۲
Tuberculin in diagnosis,	ٹیوبرکولن ، تشخیص میں ، ۱۳۴
treatment in phthisis,	کا علاج ، سل رٹوی میں ، ۱۴۰
Tuberculosis, laryngeal,	تدرن حنجرہ ، ۲۲۱
of liver,	جگر کا ، ۶۵۶
of spleen,	طحال کا ، ۸۹
pulmonary,	ریوی ، ۱۱۳
Tugging, tracheal,	قصبی کشاکش ، ۴۵۳
Tumours, of heart,	سلعات ، قلب کے ، ۳۳۶
of larynx,	حنجرہ کے ، ۲۲۵
of stomach, benign,	معدہ کے ، غیر خبیث ، ۵۶۲
Turban-Berhardt classification in phthisis,	ٹرن برہارڈ کی جماعت بندی ، سل رٹوی میں ، ۱۴۴
Tympanites,	تطبیل ، ۴۷۷
Tympanitic sounds in percussion of chest,	طبیلی آوازیں ، قرع صدر میں ، ۸

کا شفعہ، فینائز، ہائیڈرازین، بول میں شکر
 کیلئے، ۸۱۲
 وانڈن برگ کا، ۶۲۸
 خصیہ کی تہیج ایسٹرن سے، ۸۸۸
 پرو جسٹین سے، ۸۸۸
 غیر نازل، ۸۹۹
 تسکوز، ۸۷۳
 جھوٹی کائڈر میں، ۸۶۳
 مخفی، ۸۷۵
 صدری اورطی کا انورسا، ۴۵۱
 سینہ پیوندی، سل ریوی میں، ۹۴۴
 تدرنی انصباب میں، ۱۸۰
 دھلیز کٹوی، شکر کے لئے، ۸۰۹
 حلق کی گدگدی، ۲۱۳
 کے امراض، ۳۰۵
 حلقی عرق انطلاس التهاب، ۴۳۲
 پریپیٹودا میں قلت خلیات حلقی، ۷۷۰
 مہاجر حلقی وریدی التهاب، ۴۶۲
 حلقیت، ۴۶۳
 اکیلی، ۴۶۷
 فنجی، ۴۶۹
 وداجی، ۴۶۹
 جانبی چوک کی، ۴۶۹
 ریوی، ۱۵۰
 قلاع، ۴۸۷
 تیرہوسی غدہ، ۸۷۷
 کا باقی رہنا اور سلائی، ۸۶۰
 درقیہ کا سرطان، ۸۵۵
 درقی غدہ، ۸۵۲
 درقی سمی التهاب عضلہ قلب، ۸۶۰
 نغمیہ کے مہیج الدرقیہ ہارمونز، ۸۸۷
 تھائراکسین، ۸۵۲
 جزری یا قبل الشربتین موج، ۲۷۴
 تڈاکو کا ذنبہ، ۴۳۶
 لوزہ براری، حاد روماتزم میں، ۳۴۹
 التهاب اللوزہ، ۲۵۰
 جرابی، ۳۰۶
 لوزات، لسانی، ۳۱۳
 بلعومی، ۳۱۳
 کی مزمن عفونت، ۲۰۹

Test, phenylhydrazine, for sugar in urine,
 van den Bergh's,
 Testicle, stimulated by oestrin,
 stimulated by progestin,
 undescended,
 Tetany,
 in exophthalmic goitre,
 latent,
 Thoracic aorta, aneurysm of,
 Thoracoplasty in phthisis,
 in tuberculous effusion,
 Threshold of kidney for sugar,
 Throat rough,
 diseases of,
 Thrombo-angitis obliterans,
 Thrombocytopenia in purpura,
 Thrombophlebitis migrans,
 Thrombosis,
 coronary,
 femoral,
 jugular,
 of lateral sinus,
 pulmonary,
 Thrush,
 Thyms gland,
 persistent and enlarged,
 Thyroid, carcinoma of,
 gland,
 Thyro-toxic myocarditis,
 Thyro-tropic hormones, of pituitary,
 Thyroxin,
 Tidal or predierotic wave,
 Tobacco angina,
 Tonsillectomy in acute rheumatism,
 Tonsillitis,
 follicular,
 Tonsils, lingual,
 pharyngeal,
 sepsis of, chronic,

سڈنہم کا زفن ' ۳۵۲	Sydenham's chorea,
علامات والا انورسا ' ۴۵۳	Symptoms, aneurysm, of,
غشیان ' مقامی ' ۴۶۰	Syncope, local,
علامیہ ' کوشنگ کا ' ۸۹۲	Syndrome, Cushing's,
فریلم کا ' ۸۹۱	Frolich's,
کثیر الغدی ' ۸۹۱	pluriglandular,
ہم ذات الریوی تقیح الصدر ' ۱۶۷	Syn-pneumonic empyema,
آلشک ' قلب کی ' ۲۳۱	Syphilis of heart,
آنت کی ' ۶۰۶	of intestine,
حنجرہ کی ' ۲۲۳	of larynx,
جگر کی ' ۶۵۶	of liver,
شش کی ' ۱۴۸	of lung,
معائے مستقیم کی ' ۶۰۹	of rectum,
قصبہ کی ' ۲۲	of trachea,
آلشکی شریانی التهاب ' ۴۳۰	Syphilitic arteritis,
سرعت القلب ' ۲۹۵	Tachycardia,
سادہ ' دوری ' ۲۹۶	paroxysmal, simple,
خیمہ ' آکسیجنی ' نفاخ شش میں ' ۷۵	Treat, oxygen, in emphysema of lungs,
اذیمائے شش میں ' ۸۰	in oedema of lungs,
استرواح الصدر میں ' ۱۹۰	in pneumothorax,
کا استعمال ' دمہ میں ' ۶۴	use of, in asthma,
شعی ذات الریہ میں ' ۱۰۳	in broncho-pneumonia,
ذات الریہ میں ' ۹۷	in pneumonia,
کا شغہ پیڈیکٹ ' بول میں شکر کے لئے ' ۸۱۱	Test, Benedict's, for sugar in urine,
حیاتیاتی ' مرض ہاجکن میں ' ۷۹۳	biological, in Hodgkin's disease,
تغذیری ' بول میں شکر کے لئے ' ۸۱۲	fermentation, for sugar in urine,
صبغہ صفراویہ کے لئے ' ۶۲۸ - ۶۲۹	for bile pigment,
معدہ میں خون کے لئے ' ۵۰۳	for blood in stomach,
یرقان کے لئے ' ۶۲۸	for jaundice,
بول میں شکر کے لئے ' ۸۱۱	for sugar in urine,
وظیفی ' جگر کا ' ۶۷۱	functional, of liver,
گلاکٹوز ' ۶۲۵	galactose,
میلن کا ' ۶۲۹	Gmelin's,
گوانیاکس کے ذریعہ ' ۵۰۳	guanacum,
ہے کا ' ۶۳۰	Hay's,
لیویشواوز ' ۶۲۵	luculose,
امتیحانی غذا ' کسری ' ۵۰۰	meal, fractional,
معدہ کے امتیحان میں ' ۴۹۹	in examination of stomach,
کا شغہ بقراس کا ' وظیفی ' ۶۸۳	of pancreatic function,

معدہ کا اتساع، حاد، ۵۲۸	Stomach, dilatation of, acute,
کراہوا، ۴۹۸	dropped,
کا امتحان، ۴۹۶	examination of,
لاشعاعوں کے ذریعہ، ۴۹۰	by X-rays,
کے فعلی اختلالات، ۵۰۶	functional disorders of,
کا ریت گھڑی انقباض، ۵۵۳	hour-glass contraction of,
پیش تنشی، ۴۹۸	hypertonic,
ذیر تنشی، ۴۹۸	hypotonic,
کا التهاب، ۵۳۰	inflammation of,
کا مجاور البواب قرعہ، ۵۴۱	juxta-pyloric ulcer of,
متارہ نما، ۵۵۶	leather-bottle,
کے سکونی دس کا امتحان، ۴۹۹	resting juice of, examination of,
کے غیر خبیث سلعات، ۵۶۲	tumours of, benign,
کا قرعہ، ۵۳۴	ulcer of,
التهاب الفم، ۴۸۲	Stomatitis,
نازالی، ۴۸۵	carrhal,
سنگریزی، ۴۸۷	gangrenous,
نملی، ۴۸۳	herpetic,
اسٹرابیری مرادہ، ۶۷۳	Strawberry gull-bladder,
طحال میں سپتی شمریہ، ۷۰	Streptothrix in spleen,
لشعاعی، ندبی، مری کا، ۴۹۲	Stricture, cicatricial, of oesophagus,
معا کا، ۶۱۰	of intestine,
معا میں مستقیم کا التهاب، ۶۰۹	of rectum, inflammatory,
قصبہ کا، ۲۴	of trachea,
مری کا شنجی، ۴۹۲	spasmodic, of oesophagus,
مرمرہ، ۱۶	Stridor,
پیدائشی خنجر، ۲۳۷	laryngeal, congenital,
زیر ڈائفرامی پھوڑا، ۵۳۷ - ۷۰۲	Subphrenic abscess,
استرواح الصدر، ۱۹۱	pneumothorax,
ہزہ براط، استرواح الصدر میں، ۱۸۸	Succession, Hippocratic, in pneumothorax,
بمد سالی امتصاص، ۱۸	Suction, post-tussive,
شکر کے مریوی کاشعات، بول میں، ۸۱۱	Sugar in urine, clinical tests for,
کا تحمل، بتراس کے اندرونی افراز کی	tolerance in deficiency of internal secre-
قلت میں، ۶۸۵	tion of pancreas,
سلف ہیڈوگلوبین دمویٹ، ۶۶	Sulphemoglobinuria,
صینی اسپہال، ۵۸۴	Summer diarrhoea,
تذیحی التهاب المعده، ۵۲۱	Suppurative gastritis,
لوق الکلیہ کیسے، ۸۷۸	Suprarenal capsules,
کی رسولیاں، ۸۸۴	tumours of,
فوق سرینی افراز، نجامیہ کے، ۸۸۹	Suprasellar lesions of pituitary,

تشنج مزمار ، ۲۳۲ - ۲۳۶	Spasm of glottis,
نبض نگار ، ۲۷۱	Sphygmograph,
ضبط النبض پیما ، ۲۷۲	Sphygmomanometer,
چھلک ، اتساع المعده میں ، ۵۵۱	Splashing in dilatation of stomach,
طحال کا فعال امتلا ، ۷۸۷	Spleen, congestion of, active,
کے امراض ، ۷۸۶	diseases of,
کی مزمن کلانی ، ۷۸۹	enlargement of, chronic,
جربشی ، ۶۶۳	lardaceous,
کی شبکی درحالی بیش پرورش ، ۷۹۰	reticulo-endothelial hypertrophy of,
صابو ، ۶۶۳	sago,
کا درنہ ، ۷۸۹	tubercle of,
طحالی عدم دمویت ، ۷۲۹	Splenic anaemia,
بچپن کی ، ۷۳۵	of infancy,
تعلیل الریہ ، شعی ذات الریہ میں ، ۱۰۰	Splenisation of lung in broncho-pneumonia,
التهاب طحال ، ۷۸۸	Splenitis,
اتلاف الدموی یرقان ، ۷۷۷	hamolytic jaundice,
کلار، طحالی کھیت ، ۶۵۵	Splenomegalic cirrhosis,
کلاں طحالی مع سرد ہلیجی نما زفات کے ، ۷۸۹	Splenomegaly with peri-ellipsoidal hamorrhages,
مع طحالی خلایت کے ، ۷۹۰	with splenic thrombosis,
متوط طحال ، ۵۳۱	Splenoptosis,
سکہ نما بساق ، سل رآوی میں ، ۱۲۳	Sputum, nummular, in phthisis,
دکود ، لفائی ، ۵۶۳	Stasis, ileal,
معوی ، ۵۶۶	intestinal,
حالت لئی ، ۸۷۸	Status lymphaticus,
تیموسی لئی ، ۸۷۷ - ۸۷۸	thymo-lymphaticus,
اسٹیل ویک کی امارت ، ججوظی گائٹر میں ، ۸۶۱	Stellwag's sign in exophthalmic goitre,
ضیق ، اور طی ، ۳۶۳	Stenosis, aortic,
پیدائشی بیش پرورشی ، معدہ کی ، ۵۵۳	hypertrophic, congenital, of stomach,
مطرائی ، ۳۷۳	mitral,
ریوی ، ۳۷۳	pulmonary,
اوابی کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات ، ۵۵۰	pyloric, physical signs of dilatation following,
منائی ، ۳۷۳	tricuspid,
معدہ میں خون کے کاشفات ، ۵۰۳	Stomach, blood in, tests for,
کے جسم کا قرحہ ، ۵۴۱	body of, ulcer of,
کا سرطان ، ۵۵۵	carcinoma of,
میں نقص پری ، ۵۶۰	filling defect in,
کے مایہ کا امتحان ، ۴۹۹	contents of, examination of,
کا اتساع ، ۵۵۰	dilatation of,

انشقاق قلب ، ۳۳۴	Rupture of heart,
صابو طحال ، ۶۶۲	Sago spleen,
سالسبری علاج ، قریبی میں ، ۹۰۴	Salisbury treatment in obesity,
افراط ریق ، ۵۲۲	Saliva, excess of,
صحت گاہی علاج ، ریوی تدرن میں ، ۱۳۸	Sanatorium treatment in phthisis,
معموی دیکھ ، ۵۹۲	Sand, intestinal,
سینوکرائسین ، ریوی تدرن میں ، ۱۴۵	Sanoecrysin in phthisis,
مرض شان لین ، ۷۶۹	Schonlein's disease,
صلابت ، بیش تسکوینی ، منتشر ، ۴۳۵	Sclerosis, hyperplastic, diffuse,
کریجی ، ۴۳۳	nodular,
سدے ، ۵۶۵	Seybala,
پہپہڑوں میں ثانوی مطروحات ، ۱۶۲	Secondary deposits in lungs,
بنقراس کے اندرونی افرازی قلت ، ۶۸۵	Secretion, internal, of pancreas, deficiency of,
خون کی شرح ثفل ، ۷۱۷	Sedimentation rate of blood,
سیلارڈ کا کا شفعہ ، ۷۸۵	Sellard's test,
عقوت ، لوزائین کی ، مزین ، ۲۰۹	Sepsis of tonsils, chronic,
دھن ، ۴۸۳	oral,
عفونی التهاب درون قلبہ ، ۳۹۰	Septic endocarditis,
حدیدیت ، گرہکی ، ۷۸۹	Siderosis, nodular,
امارت مسیت ، ۳۶۷	Signe de Musset,
ریوی صیوانیت ، ۱۰۹	Silicosis,
چاندی کے تار جیسی شریانیں ، ارتفاع الضغط میں ، ۴۴۲	Silver wire arteries in hyperpiesia,
سانڈز کا مرض ، ۸۹۱	Simmond's disease,
جونی اذینی مسدودی ، ۲۸۹	Sino-auricular block,
گرہ ، ۳۴۵	node,
جونی بیتاعدگی ، ۲۸۳	Sinus irregularity,
التهاب الاجواف ، ۲۰۳	Sinusitis,
طریقہ سپی ، مضعی قرعہ کے علاج میں ، ۵۴۶	Sippy's method in treatment of peptic ulcer,
جلدی تعاملات ، حالت حساسیت میں ، ۵۹	Skin reactions in allergic state,
اسکوڈائی رسک ، ۹	Skodine resonance, in pleurisy,
ذات الحنپ میں ، ۱۷۱	Snake venom in treatment of haemophilia,
سانپ کا قشب ، نزیفیت کے علاج میں ، ۷۰۵	Snuff, pituitary,
نخامی ناس ، ۸۹۶	Soldier's heart,
سپاہی کا قلب ، ۳۹۸	Sounds, heart,
قلب کی آوازیں ، ۲۵۰	Spade-like hands in myxoedema,
پھاوڑے جیسے ہاتھ ، غاطی اذینا میں ، ۸۶۶	

عجل طب جلد دوم	اشارہ	۲۵
تنفس ، ذات الجنب میں ، ۱۶۳	Respiration in pleurisy,	
ذات الریه میں ، ۸۱	in pneumonia,	
استرواح الصدر میں ، ۱۸۴	in pneumothorax,	
ریوی تدرن میں ، ۱۱۳	in pulmonary tuberculosis,	
میں فلزی چہنکار ، ۱۸	metallic tinkling in,	
میں شش کی طبعی گمک ، ۸	normal lung resonance in,	
کے اعضا کے امراض ، ۱	organs of, diseases of,	
میں سینہ کا جس ، ۶	pulpation of chest in,	
میں سینہ کا قرع ، ۷	percussion of chest in,	
میں لقطات ، ۱۷	rales in,	
میں خرخرات ، ۱۶	rhonchi in,	
اتھلا ، جنگ میں میس سے نسیم کے بعد ، ۱۳۹	shallow, after gas poisoning in war,	
میر، صرصرہ ، ۱۶	stridor in,	
لمعی صوتی حقیف ، ۷	tactile vocal fremitus,	
طبی ، ۸	tympanitic,	
میں حویصلی خریز ، ۱۲	vesicular murmur in,	
شبکی خلیسے ، ۲۳	Reticuloocytes,	
طحال کی شبکی در حملی بیش پرورش ، ۷۰	Reticulo-endothelial hypertrophy of spleen,	
طحال میں شبکی درحملی نظام ، ۷۸	Reticulo-endothelial, system in spleen,	
التهاب شبکیہ ، شریان صلابی ، ۲۲۲	Retinitis, arteriosclerotic,	
ایض دہوی ، ۷۵	leukæmic,	
خلف البلعوم خراج ، ۲۱۵	Rotropharyngeal abscess,	
روما ترمی التهاب قلب ، ۳۴۴	Rheumatic carditis,	
جی ، ۳۳	fever,	
تحت الجلدی کرائب ، ۳۴	subcutaneous nodes,	
روما ترم ، حاد ، ۳۳	Rheumatism, acute,	
تحت الحاد ، ۳۳	subacute,	
التهاب الانف ، حاد ، ۱۹	Rhinitis, acute,	
حساسیتی ، ۲۰۲	allergic,	
مزمن ، ۲۰۱	chronic,	
عرق حرکی ، حالت حساسیت میں ، ۴۹	vasomotor, in allergic state,	
دودی سیلان الانف ، حالت حساسیت میں ، ۴۹	Rhinorrhœa, paroxysmal, in allergic state,	
خرخرات ، ۱۶	Rhonchi,	
رواوی تھذا ذیابیطس میں ، ۸۲	Rollo's diot in diabotes,	
کھپرل کی مانند پسلیاں ، لینی شش میں ، ۱۰۷	“Roof tiling” ribs in fibroid lung,	
روتھرا کا شغہ کیتونیت کے لئے ، ۸۱	Rothera's test for ketosis,	
رگڑ ، تاء مودی ، ۲۶۳	Rub, pericardial,	
پلیٹودائی ، ۱۹	pleuritic,	
پلیٹودائی تاء مودی ، ۱۹	plouro-pericardial,	

تعامل ، خون کا ، ۷۷	Reaction, of blood,
پروشیائی ازرق ، کمبیت جگر میں ، ۶۴۹	prussian blue, in cirrhosis of liver,
جلدی تعاملات ، حالت حساسیت میں ، ۵۱	Reactions, skin, in allergic state,
معائنہ مستقیم کا التهابی تضیق ، ۶۰۹	Rectum, stricture of, inflammatory,
سرخ تسکبد ، شش کا ، لختی ذات الریہ میں ، ۸۵	Red hepatisation of lung in lobar pneumonia,
تسکبد راجعہ ، لختی ذات الریہ میں ، ۸۶	Redux crepitation in lobar pneumonia,
بازروی ، اور طی ، ۳۶۴	Regurgitation, aortic,
مطرائی ، ۳۷۹	mitral,
ریوی ، ۳۷۴	pulmonary,
سکوی دمہ ، ۵۷	Renal asthma,
شکر بولیت ، ۸۲۲	glycosuria,
سکک ، قدری ، ۱۰	Resonance, amphoric,
اسکوڈائی ، ۹	skodiac,
صوتی ، ۱۹	vocal,
تنفس ، غیر معمولی آوازیں ، ۱۶	Respiration, adventitious sounds,
قدری ، ۱۶	amphoric,
سکک ، قوع صدر میں ، ۱۰	resonance in percussion of chest,
یڈو کا ، ۶	Biot's,
شعبی ، ۱۵	bronchial,
پدین اسٹوکس ، ۴	Cheyne-Stokes,
مسنن ، ۱۴	cog-wheel,
میں تسکبد ، ۱۸	crepitation in,
میں فرکی آواز ، ۱۹	friction sound in,
میں لیش سکک ، ۹	hyper-resonance in,
خراج شش میں ، ۱۰۴	in abscess of lung,
دمہ میں ، ۴۹	in asthma,
شعبی التهاب میں ، ۳۰	in bronchitis,
شعبی ذات الریہ میں ، ۹۹	in broncho-pneumonia,
کیلوس صدري میں ، ۱۸۳	in chylothorax,
مہبوط شش میں ، ۷۵	in collapse of lungs,
تقیح صدر میں ، ۱۶۴	in empyema,
لینی شش میں ، ۱۰۶	in fibroid lung,
شش کی سنگکریں میں ، ۱۱۱	in gangrene of lung,
صدر دمویت میں ، ۱۸۲	in hemothorax,
سہہ اللش میں ، ۴۸	in hay fever,
اساسہ الصدر میں ، ۱۸۱	in hydrothorax,
لختی ذات الریہ میں ، ۸۳	in lobar pneumonia,
بڑے شعبات کے تمدد میں ، ۶۵	in obstruction of large bronchi,
اذیمائے شش میں ، ۷۹	in edema of lungs,

عمل طب جلد دوم	اشارہ	۳۳
کبد نابض ، ۳۷۷	Pulsating liver,	
نبضان ، شعری ، اور طی عدم کفایت میں ، ۳۶۷	Pulsation, capillary, in aortic incompetence,	
یا زق کی مقدار ، ۲۶۹	or thrust, amount of,	
نبض ، شہوق ، ۳۷۳	Pulse, anagrotic,	
ضربتی ، ۲۷۲	dicrotic,	
کی سختی ، ۳۷۰	hardness of,	
کا ضغط ، ۲۶۹	pressure of,	
کبری ، ۲۶۸	radial,	
کی شرح اور توازن ، ۲۶۸	rate and rhythm of,	
جزری یا قبل الضربین موج ، ۳۷۳	tidal or predicrotic wave,	
ویدی ، ۳۷۶	venous,	
انورسا میں کبری نبضوں کی عدم مساوات ، ۳۵۴	Pulses, radial, inequality of, in aneurysm,	
نبض متبادل ، ۳۱۳	Pulsus alternans,	
دو ضربی ، ۳۷۳	bisferiens,	
متناقض ، ۳۷۰	paradoxus,	
نقطہ دار اساس پسندی ، ۷۳۳	Punctate basophilia,	
حداقت کی عدم مساوات ، ۳۵۴	Pupils, inequality of,	
پریپورڈا ، ۷۶۸	Purpura,	
استہدای نما ، ۷۶۹	anaphylactoid,	
خاطف ، ۷۷۱	fulminans,	
دیتی ، ۷۷۲	rheumatica,	
التهاب وید الباب ، ۶۶۸	Pylephlebitis,	
انضمامی ، ۶۶۸	adhesive,	
تقیحی ، ۶۶۸ - ۶۶۹	suppurative,	
اوبی ضیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات ، ۵۵۰	Pyloric stenosis, physical signs of dilatation following,	
دیمی استرواح الصدر ، ۱۸۴	Pyo-pneumothorax,	
جوفیزی دیمی سیلان ، ۴۸۳	Pyorrhoea alveolaris,	
حرقان القلب ، ۵۱۵	Pyrosis,	
ذبحہ لوزیہ ، ۲۰۸	Quinsy,	
تنفسی حاصلات تقسیم ، ۷۹۹	Quotients, respiratory,	
کبری نبض ، ۲۶۸	Radial pulse,	
نبضوں کی عدم مساوات ، انورسا میں ، ۳۵۴	pulses, inequality of, in aneurysm,	
لفطات ، تنفس میں ، ۱۷	Rules in respiration,	
رام سٹیٹ کا عملیہ ، ۵۵۵	Rammstedt's operation,	
اساسی تحولی شرح ، ۷۹۹	Rate, basal metabolic,	
مرض دیناڈ ، ۴۵۹	Raynaud's disease,	

کثیر خلوی دمویت ، ایڈیسن کے مرض میں ، ۸۸۲	Polycythæmia in Addison's disease,
تشوہات قلب میں ، ۴۰۸	in malformations of heart,
کثرت خلیات اسمر ، ۷۶۰	rubra,
مومن شعبی التهاب کے ہمراہ ، ۳۶	with chronic bronchitis,
کثیر نگار ، ۲۷۷	Polygraph,
خلیت التهاب اغشیہ مصلیہ ، ۷۰۹	Polyorrhomenitis,
عمومی التهاب اغشیہ مصلیہ ، ۷۰۹	Polyserositis,
بالی کمہیت ، ۶۴۸	Portal cirrhosis,
بمد سمائی امتصاص ، ۱۸	Post-tussive suction,
حمل اور مرض قلب ، ۳۸۹	Pregnancy, heart disease and,
پریگنل ، ۸۹۹	Pregnyl,
پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی ، ۷۲۸	Price-Jones blood cell distribution curve,
تشیخ ، ۸۸۶ - ۸۹۱	Progeria,
پروجیسٹن ، ۸۸۸ - ۸۹۷	Progestin,
پروز الشدق ، ۸۹۰	Prognathism,
پرولان ، ۸۹۹	Prolan,
پرولان نمائندہ ، ۸۸۸	Prolan-like substance,
پروٹیوز ، حالت حساسیت میں ، ۵۱	Protease in allergic state,
حکاک ، حالت حساسیت میں ، ۴۹	Prurigo in allergic state,
خارش ، مرض ہائپن میں ، ۷۵	Pruritus in Hodgkin's disease,
پروسیائی اذرقی تعامل ، کمہیت جسگر میں ، ۶۳۹	Prussian blue reaction in cirrhosis of liver,
ذبحہ کاذب ، ۴۲۵	Pseudo-angina,
کاذب کیلوسی استسقاء شکمی ، ۶۳۸	Pseudo-chylous ascites,
خنوثیت کاذبہ ، نسائی ، ۸۸۵	Pseudo-hermaphroditism, female,
کاذب لیوٹیواوز ، بول میں ، ۸۱۲	Pseudo-lævulose in urine,
کاذب ایض دمویت ، ۷۹۲	Pseudo-leukæmia,
کاذب غراطی سلعہ ہاریطونی ، ۷۱۰	Pseudo-myxoma, peritoneal,
کاذب ہوریا دمویت ، ۴۳۹	Pseudo-uræmia,
نفسی اثرات ، معدہ میں ہائڈروکلورک ایسڈ پر ، ان کی تاثیر ، ۵۰۳	Psychical influences, effect on hydro-chloric acid in stomach,
ریوی سدادیت و علاقیت ، ۱۵۰	Pulmonary embolism and thrombosis,
تسد کے خربرات ، ۲۵۹	obstructive murmurs,
بازروی کے خربرات ، ۲۵۹	regurgitant murmurs,
بازروی ، ۳۷۴	regurgitation,
ضیق ، ۳۷۴	stenosis,
اور بین بطنی فاصل میں سوراخ ، ۴۰۴	and deficiency of interventricular septum,
تدرن ، ۱۱۳	tuberculosis,
	See also Lungs.

لوحيہ شادی ، ۱۹	Platelet-counting,
ذات الجنب ، ۱۶۳	Pleurisy,
ڈائفرامی ، ۱۷۲	diaphragmatic,
سل دیوی میں ، ۱۱۹	in phthisis,
بین لختی ، ۱۷۲	interlobar,
واسطی ، ۱۷۳	mediastinal,
ناہن ، ۱۷۲	pulsating,
پلیورائی رگڑ ، ۱۹	Pleuritic rub,
پلیورائی تاء موری فرك ، ۱۹	Pleuro-pericardial friction,
ذات الجنب میں ، ۱۷۳	in pleurisy,
ذات الجنبی ذات الریہ ، ۸۶	Pleuro-pneumonia,
علائمہ پلومرونسن ، ۳۹۲	Plummer-Vinson syndrome,
کثیر الغدی علائمہ ، ۸۹۱	Pluriglandular syndromes,
نبتہ دیویہ ، شش کے کلی ہبوط میں ، ۷۶	Pneumococcus in massive collapse of lungs,
قسم اول ، کاتوائر ، ذات الریہ میں ، ۹۱	type 1., frequency of, in pneumonia,
قسم سوم ، ذات الریہ میں انذار ، ۹۲	type 111., prognosis in pneumonia,
تاء موری ہوائی اجتہاع آب ، ۳۱۹	Pneumo-hydropericardium,
تترب الریہ ، ۱۰۶	Pneumokoniosis,
ذات الریہ ، ۸۱	Pneumonia,
حاد رخنہ کی ، ۹۸	acute interstitial,
نازلی ، لختہ کی یا رخنہ کی ، ۹۸	catarrhal, lobular or interstitial,
مزمن ، ۱۰۵	chronic,
کروپی ، ۸۳	croupous,
فریڈ لینڈر کا ، ۹۸	Friedlander,
دکودی ، ۹۹	hypostatic,
استنشاقی ، ۹۹	inhalation,
لختی (نبتی دیوی) ، ۸۳	lobar (pneumococcal),
خفا زیری ، ۱۳۰	scrofulous,
عقوی ، ۹۹	septic,
ضربی ، ۸۴	traumatic,
استرواح الصدر ، ۱۸۴	Pneumothorax,
مصنوعی ، ۱۴۱	artificial,
زیر ڈائفرامی ، ۱۸۹ - ۱۹۱	sub-phrenic,
بو قلموں ناہضات ، ۷۳	Poikiloblasts,
بو قلموں خلیات ، ۷۳	Poikilocytes,
تسم ، خراش آور گیسوں سے ، ۱۴۹	Poisoning by irritant gases,
غذائی ، ۵۸۶	food,
قطب نما ، بول میں شکر کے کاشفہ میں ، ۸۱۳	Polariscope in test for sugar in urine,
حاد سگڑھکی کنیز شربانی التهاب ، ۳۲۹	Polyarteritis acuta nodosa,

التهاب باریطون ، حاد ، ۶۹۵	Peritonitis, acute,
حاد محدود المقام ، ۶۹۷	acute circumscribed,
انضمامی ، ۷۰۵	adhesive,
جینی ، ۷۰۵	caseous,
مزمن ، ۷۰۴	chronic,
فائبرینی ، ۷۰۵	fibrinous,
تسکویٹی ، ۷۰۵	plastic,
نبی دیوی ، ۶۹۶	pneumococcal,
تدرنی ، ۷۰۵	tuberculous,
سگرد لوزی خراج ، ۲۰۸	Peritonsillar abscess,
سگرد لوزی التهاب ، ۲۰۸	Peritonsillitis,
پزل کاشفہ ، کھیت بجر میں ، ۶۴۹	Pearl's test in cirrhosis of liver,
متلف عدم دمویت ، ۷۳۶	Pernicious anaemia,
میں امتحانی غذا ، ۵۰۵	test meal in,
بلعومی لوزات ، ۲۱۲	Pharyngeal tonsils,
مزمن التهاب البلعوم ، ۲۱۴	Pharyngitis, chronic,
فینائل ہائیڈرین کاشفہ ، بول نہیں شکر کے	Phenylhydrazine test for sugar in urine,
شیسے ، ۸۱۲	
التهاب المورید ، ۴۶۲	Phlebitis,
فلجہ منی التهاب العده ، ۵۳۱	Phlegmonous gastritis,
قلع عصب ڈایا فرامی ، دیوی تدرن میں ،	Phrenic evulsion in phthisis,
۱۴۴	
سل دیوی ، ۱۱۳	Phthisis,
لیٹی ، ۱۳۱	fibroid,
سریع ، ۱۱۶	florida,
نافیہ ، ۱۱۴ - ۱۳۱	hilum,
ذات الریوی ، ۱۳۰	pneumonic,
حاد ، ۱۱۶	acute,
پک کا مرض ، ۴۱۷	Pick's disease,
غده صنوبریہ ، ۸۹۶	Pineal gland,
پٹوسین ، ۸۸۸	Pitocin,
پٹرسین ، ۸۸۸	Pitressin,
نظامیہ کے مقدم نختہ کی قلت ، ۸۵۱	Pituitary, anterior lobe, deficiency of,
کا اساس پسند غدی سلمہ ، ۸۹۲	basophil adenoma of,
کے خلاصہ کا استعمال ، ذیابیطس ملیخ میں ،	extract, administration of, in diabetes in-
۸۹۵	sipidus,
غده نظامیہ ، ۸۸۶	gland,
کے دروں افرازی تعلقات ، ۸۸۷	endocrine relationships of,
نظامی ہارمون ، ۸۸۸	hormones,
ناس ، ۸۹۶	snuff,

التهاب بنقراس ، تقيحي ، ٦٨٨ - ٦٨٩	Pancreatitis, suppurative,
سامع حليمه ، حنجره كا ، ٢٢٥	Papilloma of larynx,
تامور كا بزل ، ٤١٥	Paracentesis of pericardium,
شال ، حنجره كے عضلات مبعده كا ، ٢٢٩	Paralysis of abductors of larynx,
حنجره كے عضلات مقابہ كا ، ٢٣٢	of adductors of larynx,
عضلات حنجره كا ، ٢٢٨	of laryngeal muscles,
صوتي احبال كا ، ٢٢٩	of vocal cords,
شللي زفن ، ٣٥٥	Paralytic chorea,
پير اتھارمون ، ٨٤٠	Parathormone,
نزد ذرق غدود ، ٨٤٠	Parathyroid glands,
سادہ دوري سرعت القلب ، ٢٩٦	Paraoxysmal tachycardia, simple,
جزو مقدم يا جزو غدي ، غده نخاميه كا ، ٨٨٦	Pars anterior or glandulosa of pituitary gland,
موخر يا جزو عصبي ، غده نخاميه كا ، ٨٨٦	posterior or nervosa of pituitary gland,
صدر كلامي ، ٢٠	Pectoriloquy,
مرض پيل ايبسٹين ، ٤٩٥	Pel-Ebstein's disease,
كلاخت رثيتي ، ٤٦٩	Peliosis rheumatica,
پين ٹوس پيشاب ميں ، ٨١٥	Pentose in urinc,
هضمي قرعہ ، ٥٣٣	Peptic ulcer,
قرع ، استماعي ، ٣٠	Percussion, auscultatory,
استسقاء شکمي ميں ، ٦٣٦	in ascites,
سينہ ميں صوت ظري شکستہ ، ١٠	of chest, cracked pot sound in,
كاليان ، ٤	description of,
قلب كا ، ٢٣٩	of heart,
تاء موري جزوي استيصال ، يك كے مرض ميں ، ٢١٨	Pericardial resection in Pick's disease,
التهاب تاء مور ، ٢١٠	Pericarditis,
مزمع تضيق ، ٢١٤	constrictive, chronic,
تاء مور منظم رثيتي مبداء كا ، ٢١٦	Pericardium, adherent, of rheumatic origin,
كے امراض ، ٢١٠	diseases of,
گردد معدی خراج ، ٥٣٤	Peri-gastric abscess,
گردد كبدي التهاب ، ٦٦٤	Perihepatitis,
گردد وريدی التهاب ، ٢٦٣	Periphlebitis,
گردد طحالي التهاب ، ٤٨٨	Perisplenitis,
حرکت دودي ، مري ، ٥٥٩	Peristalsis, visible,
باريطوني انصبابات ، ٤٠٩	Peritoneal effusions,
باريطون كا سرطان ، ٤١٠	Peritoncum, carcinoma of,
كے امراض ، ٦٩٥	diseases of,
ميں نو باليدين ، ٤١٠	new growths of,

اذیمائی التهاب حنجرہ ، ۲۱۸	Edematous laryngitis,
تمدد مری ، ۴۹۳	Esophagectasia,
مری کا سرطانی سالمہ ، ۴۸۹	Esophagus, carcinoma of,
کانڈی تضیق ، ۴۹۳	constrictive stricture of,
کے عطفے ، ۴۹۵	diverticula of,
کا خودرو اتساع ، ۴۹۳	idiopathic dilatation of,
کا تسدد ، ۴۸۹	obstruction of,
کا شنجی تضیق ، ۴۹۳	spasmodic stricture of,
ایسٹرن ، ۸۸۸ - ۸۹۷	Estrin,
چشم بینی مناظر ، ارتفاع الضغط میں ، ۴۴۱	Ophthalmoscopic appearances in hyperpiesia,
عفونت دهن ، ۴۸۳	Oral sepsis,
آسار کے نقاط ، ۳۹۵	Osler's spots,
التهاب العظام ، اپنی ، عمومی ، ۸۷۲	Osteitis fibrosa, generalised,
پیش نرد در وقت میں ، ۸۷۱	in hyperparathyroidism,
ملطف ، عفونت دهن میں ، ۴۸۳	rarefying, in oral sepsis,
استخوان شکن خاوی سالمہ ، ۸۷۱	Osteoclastoma,
التهاب الاذن الوسطی ، تحت الحاد ، ۴۴۲	Otitis media, sub-acute,
ریمی حاد ، ۴۴۲	suppurative, acute,
کوشک آکسیجن ، خراش آور گیسوں کے تسمم میں ، ۱۵۰	Oxygen chamber, in poisoning by irritant gases,
آکسیجن ، ذمن قلبی مرض میں ، ۳۸۵	Oxygen in chronic cardiac disease,
آکسیجنی خیمہ ، دمہ میں ، ۶۴	tent in asthma,
شعبی ذات الریه میں ، ۱۰۳	in broncho-pneumonia,
ششوں کے نفاخ میں ، ۷۵	in emphysema of lungs,
اذیمائی شش میں ، ۸۰	in oedema of lungs,
ذات الریه میں ، ۹۷	in pneumonia,
استرواح الصدر میں ، ۱۹۰	in pneumothorax,
مسرع الولادة ، ۸۸۸	Oxytocin,
اوڈینا ، ۲۰۲	Ozoena,
قلب کا درد ، ۴۲۱	Pain, cardiac,
جس سینہ کا ، اس کا بیان ، ۶	Palpation of chest, description of,
قلب کا ، ۲۴۸	of heart,
پنکراس کے اندرونی افراز کی قلت ، ۶۸۵	Pancreas, deficiency of internal secretion of,
کے امراض ، ۶۸۷	diseases of,
کا امتحان ، ۶۸۲	examination of,
کے وظیفی کاشفات ، ۶۸۳	functional tests of,
کے نومائے اوو دورے ، ۶۹۳	neoplasms and cysts of,
التهاب پنکراس ، حاد ، ۶۸۷	Pancreatitis, acute,
مزمن ، ۶۹۰	chronic,
نوفی ، حاد ، ۶۸۸	hemorrhagic, acute,

التهاب عضلۂ قلب ، ۳۲۷	Myocarditis,
حاد ، ۳۴۰	acute,
آلتشکی ، ۳۳۱	syphilitic,
درق سمی ، ۸۶۰	thyro-toxic,
عضلۂ قلب کے امراض ، ۳۲۷	Myocardium, diseases of,
مخاطی اذیم ، ۸۶۵	Myxœdema,
زیر نامی ، قصیر فامی ، ۸۹۱	Nanism, hypophyseal,
انی قناطر کا استعمال ذات اریہ میں ، ۹۶	Nasal catheter, use of, in pneumonia,
سوء ہضم میں متلی ، ۵۱۵	Nausca in dyspepsia,
تنخر ترویی ، ۴۶۵	Necrosis, coagulative,
وقف الدمی ، قلب کا ، ۴۶۷	ischemic, of heart,
جگر کا ، حاد ، ۶۴۳	of liver, acute,
دروں صدی نو مایہ جات ، ۱۵۶	Neoplasms, intra-thoracic,
سقوط کلیہ ، ۵۲۳	Nephroptosis,
عصبی صمم ، ۳۴۰	Nerve deafness,
قلت جسیلیات تبدیل پسند ، ۷۴۳	Neutropenia,
نوزائیدہ کا خطرناک خاندانی یرقان ، ۶۳۴	Newly born, grave familial jaundice of,
نائی مین اور پاک کا مرض ، ۷۹۱	Nieumann-Pick's disease,
طانیچہ کا لاشعاعی منظر ، معدی قرعہ میں ، ۵۴۳	Nitch, X-ray appearance of, in gastric ulcer,
سورہ ، اذینی بطینی ، ۳۴۵	Nodo, auriculo-ventricular,
جوفی اذینی ، ۳۴۵	sino-auricular,
سکرائب ، تحت الجلدی ، روما ترمی ، ۳۴۷	Nodes, subcutaneous, rheumatic,
سرہکی یش تسکوبن ، جگر کی ، ۶۴۴	Nodular hyperplasia of liver,
صلابت ، ۴۲۳	sclerosis,
حدیدیت ، ۷۸۹	siderosis,
زیایطس شکری میں اساسی تحول کے لیے	Nomogram for basal metabolism in diabetes
قانون نگارش ، ۸۰۳	mellitus,
نامضات طبعی ، ۷۲۳	Normoblasts,
ناک کے امراض ، ۱۹۷	Nose, diseases of,
سکہ نماساق ، دیوی تدرن میں ، ۱۲۳	Nummular sputum in phthisis,
فرہی ، ۹۰۱	Obesity,
تسد ، معوی ، ۶۰۹	Obstruction, intestinal,
	See also Stenosis.
امارت عضلۂ سادہ ، التهاب زائیدہ میں ، ۵۹۸	Obturator sign in appendicitis,
تہج ، وعائی عصبانی ، ۴۷۱	Edema, angio-neurotic,
ضعفی ، زیایطس میں ، ۸۲۰	cachetic, in diabetes,
مرض قلب میں ، ۳۳۵	in heart disease,
شش کا ، ۷۹	of lungs,
اغتمصاصی ، ۷۹	suffocative,

تپیل ، ۴۷۷	Meteorism,
مٹ ہیموگلوبن دمویت ، ۷۶۶	Methæmoglobinæmia,
ام الخلیہ ، ۷۳۳	Metrocyte,
خرد نا مضات ، ۷۳۳	Microblasts,
خرد خلیے ، ۷۳۳	Microcytes,
خرد آکلات ، ۷۳۳	Microphages,
قصر جسمی ، ۸۹۱	Microsomia,
شقیقہ ، حالت حساسیت میں ، ۲۹	Migraine in allergic state,
التهاب ثاء مور میں لبنی نقطے ، ۴۱۴	Milk-spots in pericarditis,
مارائے کا مرض ، ۴۷۲	Milory's disease,
مطرائی مرض ، ۳۶۸	Mitral disease,
میں قیف نما اور کاج نما دھنے ، ۳۶۹	funnel-shaped and button-hole orifices in,
تسدہ کے خریات ، ۲۵۹	obstructive murmurs,
بازروی کے خریات ، ۲۵۹	regurgitant murmurs,
بازروی ، ۳۷۹	regurgitation,
ضیق ، ۳۷۲	stenosis,
جھوٹی گا ئئر میں مویائس کی امارت ، ۸۶۲	Mobius' sign in exophthalmia goitre,
یک نواتی خلیے ، ۷۳۳	Monocytes,
یک نواتی سپید خلیے ، ۷۳۳	Mononuclear leucocytes,
غٹا طی قولنج ، ۵۹۱	Mucous colic,
کنڈر ایختکی کمیت جسکر ، ۶۴۸	Multilobar cirrhosis of liver,
حوصلی خبربر ، تنفس میں ، ۱۲	Murmur, vesicular, in respiration,
خریات کی نوعیت ، ۲۶۰	Murmurs, character of,
قلب کے مصراعی دھنوں پر مرض کے باعث ، ۲۵۳	due to disease at valvular orifices of heart,
پروں قلبی ، ۲۶۲	exocardial,
دموی ، ۲۶۱	hæmic,
جو مصراعی دھنوں کے حقیقی مرض پر منحصر نہیں ، ۲۶۱	not dependent upon actual disease of valvular orifices,
کی اہمیت ، ۲۶۰	significance of,
عضلی تحریک پذیری جھوٹی گا ئئر میں ، ۸۶۳	Muscular excitability in exophthalmic goitre,
رائی کی گیس سے تسمم ، ۱۴۹	Mustard gas, poisoning by,
فطرت طحال میں ، ۷۹۰	Mycosis in spleen,
ابنی نا مضات ، ۷۳۵	Myeloblasts,
ابنی خلیے ، ۷۳۵	Myelocytes,
لبی خاوی دمویت ، ۷۵۲	Myelocytæmia,
لبی خاوی لیمن دمویت ، ۷۵۲	Myelocytic leukemia,
عضلہ قلب کا انحطاط ، ۳۲۸	Myocardial degeneration,
غٹا طی ادیما میں ، ۸۶۷	in myxædema,
کے علامات ، ۳۳۲	symptoms of,

شش - بسلسلہ سابق	Lung or Lungs. (Cont.)
کا تپحل ، شعبی ذات الریہ میں ، ۱۰۰	splenisation of, in broncho-pneumonia,
کی آتشک ، ۱۴۸	syphilis of,
انی غدہ آسا گائٹر ، ۸۵۵	Lymphadenoid goitre,
انی غدی سامہ ، خلیت ، ۷۹۳	Lymphadenoma maligna,
انی ریض دمویٹ ، ۷۵۷	Lymphatic leukaemia,
نظام کے امراض ، ۷۹۳	system, diseases of,
انی خلیسے ، ۷۳۴	Lymphocytes,
انی خلیہ دمویٹ ، ۷۵۷	Lymphocythemia,
انی ذرقی سلعت ، ۷۹۳	Lymphogranulomatosis,
لف آسا سپید خلیسے ، ۷۳۴	Lymphoid leucocytes,
انی لمی سامہ ، آنت کا ، ۶۰۷	Lymphosarcoma of intestine,
نقطہ میکبرنی ، ۵۹۸	McBurney's point,
کلان خلوی عدم دمویٹ ، ۷۳۷	Macrocytic anemia,
کلان آسکلات ، ۷۳۴	Macrophages,
کلان جسمی ، ۸۸۷	Macrosomia,
تشوہات قلب ، پیدائشی ، ۴۰۴	Malformations of heart, congenital,
خلیت بیش تلی ، ارتفاع الضغط میں ، ۴۴۴	Malignant hypertension in hyperpiesia,
سامات حنجرہ کے ، ۲۲۵	tumours of larynx,
مانٹو کا کاشفہ ، ۱۳۴	Mantoux test,
التهاب حلیہ ، ۲۳۳	Mastoiditis,
واسطی ذات الجنب ، ۱۷۳	Mediastinal pleurisy,
التهاب واسطی ، ۱۹۳	Mediastinitis,
لیفی ، ۴۱۶	fibrosa,
کلانی قولون ، ۶۲۱	Megacolon ,
کبیر ناہضات ، ۷۳۳	Megaloblasts,
کبیر خلیسے ، ۷۲۲	Megaloocytes,
کبیر خلوی عدم دمویٹ ، ۷۳۳	Megalocytic anemias,
براز دم الاسود ، ۵۷۶	Melæna,
غشائی التهاب حنجرہ ، ۲۱۹	Membranous laryngitis,
ما ساریقی سدایت اور علقت مموی تسدد کے مشابہ ، ۶۱۴	Mesenteric embolism and thrombosis simulating intestinal obstruction,
نحول ، اساسی ، ۷۹۹	Metabolism, basal,
کے امراض ، ۷۹۹	diseases of,
طبعی کے معیار ، ۸۰۰	normal, standards of,
فلزی جھنکار ، تنفس میں ، ۱۸	Metallic tinkling in respiration,
بعد لپی خلیہ ، ۷۳۵	Motamyeocyte,
ما بعد ذات الرئوی تقيح الصدر ، ۱۶۷	Motu-pneumonic empyema,
سروحات پھیپھڑوں میں ، ۱۶۳	Metastases in lungs,
	See also Neoplasms,

تشحم الدم ، ذیابیطس میں ، ۸۱۵	Lipæmia in diabetes,
شبکیہ ، ۸۱۶	retinalis,
لیپائیڈال ، تمددالشعب کی تشخیص میں ، ۴۱	Lipiodol in diagnosis of bronchiectasis,
سرطان شش کی تشخیص میں ، ۱۶۱	of carcinoma of lung,
مترقی شحمی سوء تغذیہ ، ۹۰۴	Lipodystrophia progressiva,
جگر کا خراج ، ۶۲۹	Liver, abscess of,
کا حاد اصفر ذبول ، ۶۴۳	acute yellow atrophy of,
کا سرطان ، ۶۶۳	carcinoma of,
کی کمیت ، ۶۴۷	cirrhosis of,
طحالی عدم دمویٹ میں ، ۷۵۰	in splenic anæmia,
کا دویری مرض ، ۶۶۶	cystic disease of,
کی نقصان رسیدگی کے باعث یرقان ، ۶۳۱	damage to, jaundice due to,
کی قلت ، حالت حساسیت میں ، ۵۰	deficiency in allergic state,
کے امراض ، ۶۳۹	diseases of,
کا امتحان ، ۶۲۲	examination of,
شحم ، ۶۵۹	fatty,
کے وظیفہ کے کاشفات ، ۶۲۳ ، ۶۷۱	function of, tests of,
گل میخی ، ۶۴۸	lobulated,
میں پریشی تغیر ، ۶۶۱	lardaceous change in,
کا حادثہ تغیر ، ۶۴۳	necrosis, acute,
کی نوبالیدیہ ، ۶۵۸	new growths of,
ناخن ، ۳۷۴	pulsating,
پک کے مرض میں مصری کی ڈلی جیسا ، ۴۱۸	sugar loaf, in Pick's disease,
کی آتشک ، ۶۵۶	syphilis of,
کا تدرن ، ۶۵۶	tuberculosis of,
لحقی ذات الاریہ (نبق ریوی) ، ۸۳	Lobar pneumonia (pneumococcal),
شش	Lung and Lungs,
کا خراج ، ۱۰۴	abscess of,
کا سرطانی سلمہ ، ۱۵۶	carcinoma of,
کا مہبوط ، ۷۵	collapse of,
کلی ، ۷۶	massive,
کا نفاخ ، ۶۸	emphysema of,
لینی ، ۱۰۵	filicoid,
تمددالشعب کے ساتھ ، ۴۳	with bronchiectasis,
کی گنگرین ، ۱۱۰	gangrene of,
شان نما ، ۴۴	honey comb,
کا ادیما ، ۷۹	oedema of,
کی طبعی سرماک ، قرع میں ، ۸	resonance, normal, in percussion,
میں ثانوی مطروحات ، ۱۶۲	secondary deposits in,

خاکنائے کرائسک ، دیوی تدرن میں ، ۱۲۵	Kronig's isthmus in phthisis, Krysolan. See Gold.
اشک دیزگیسوں سے تسمم ، ۱۴۹	Lacrymatory gases, poisoning by,
لیکٹوز بول میں ، ۸۱۲	Lactose in urine,
لیوولوز بول میں ، ۸۱۲	Laevulose in urine,
کے ذریعہ کا شفق ، ۶۲۵	test,
چربی مرض ، ۶۶۰	Lardaceous disease,
دیوی تدرن میں ، ۱۲۰	in phthisis,
حنجرہ عضلات کا شل ، ۲۳۸	Laryngeal muscles, paralysis of,
مصرہ ، پیدائشی ، ۲۳۷	stridor, congenital,
تدرن ، ۲۲۱	tuberculosis,
مصرہ تشنج حنجرہ ، ۲۳۴	Laryngismus stridulus,
التهاب حنجرہ ، ۲۱۶	Laryngitis,
نازانی ، حاد ، ۲۱۶	catarrhal, acute,
مزمن ، ۲۲۰	chronic,
غشائی ، ۲۱۹	membranous,
اذیمائی ، ۲۱۸	edematous,
حنجرہ کی عدم حسیت ، ۲۳۸	Larynx, anaesthesia of,
میں اجسام غریبہ ، ۲۲۷	foreign bodies in,
کی آتشک ، ۲۲۴	syphilis of,
کے سلعات ، ۲۲۵	tumours of,
جانبی جوف کی علالت ، ۴۶۹	Lateral sinus, thrombosis of,
متارہ نما معدہ ، ۵۵۶	Leather-bottle stomach,
لیڈرر کی اتلاف الدموی عدم دمویت ، ۴۹	Lederer's hamolytic anaemia,
لیگال کا شفق ، سیتونیت کے لیے ، ۸۱-۸۰	Legal's test for ketosis,
سپید خلیات کی تعداد ، خون میں ، ۷۱۹	Leucocytes in blood, number of,
کے اقسام ، ۷۲۳	varieties of,
سفید خلیہ دمویت ، ۷۵۱	Leucocythaemia,
بیض دمویت ، ۷۵۱	Leucocytosis. See Blood changes.
غیر بیض دموی ، ۷۵۱	Leukemia,
لمفی ، ۷۵۷	aleukæmic,
حاد اور مزمن ، ۷۵۸	lymphatic,
لمفی خلوی ، افسا یا غیر ذراتی ، ۷۵۰	acute and chronic,
لمفی ناہضی ، ۷۵۳	lymphocytic lymphoid or nongranular,
لمفی خلوی ، ۷۵۴	myeloblastic,
مزمن ، ۷۵۴	myelocytic,
گرہکی ، ۷۵۴	chronic,
لسانی لوزات ، ۲۱۳	nodular,
	Lingual tonsils,

آنت کی آتشک ، ۶۰۶	Intestine, syphilis of,
کا تدرن ، ۶۰۶	tubercle of,
کا قتلہ ، ۶۱۰	volvulus of,
دروں صدری نو مایہ جات ، ۱۵۶	Intra-thoracic neoplasms,
کاسل کا درونی عامل ، ۷۳۰	Intrinsic factor of Castle,
ادخال انبوبہ ، اثنا عشری میں ، ۶۷۲	Intubation, duodenal,
انقباض الامعاء ، ۶۱۰ - ۶۱۶	Intussusception,
خراب اور گیسوں سے تسمم ، ۱۴۹	Irritant gases, poisoning by,
وقف الدمی ذبول ، ۴۳۶	Ischaemic atrophy,
تنخر قلب کا ، ۴۶۷	necrosis of heart,
یرقان میں کھجلی ، ۶۲۸	Itching in jaundice,
یرقان ، ۶۲۶	Jaundice,
بے صفرا بولی ، ۷۷۷	acholuric,
اکتسابی ، ۷۴۸	acquired,
خاندانی ، ۷۷۷	family,
نازاتی ، ۶۴۰	catarrhal,
مفترق ، ۶۳۳	dissociated,
اولی کبدی نقصان رسیدگی کے باعث ، ۶۳۱	due to primary liver damage,
وبائی ، ۶۴۱	epidemic,
نوزائیدہ کا ، خاندانی ، ۶۳۳	familial, newly born,
دم پاشیدہ ، ۶۳۱	haemolytic,
کلاں طحالی ، ۷۷۷	splenomegalia,
کبدی ، ساری ، معمولی ، ۶۴۰	hepatic, infective, common,
تسددی ، ۶۳۲	obstructive,
غنی ، ۶۳۳	latent,
کی امراضیات ، ۶۳۰	pathology of,
کے لئے کاشفات ، ۶۲۸	tests for,
صائم قروح ، ۵۴۹	Jejunal ulcers,
وداجی علاقیت ، ۴۶۹	Jugular thrombosis,
مجاور ابواب قرحہ ، ۵۴۹	Juxta-pyloric ulcer,
قرنیت بلعوم ، ۳۰۷	Keratosi, pharyngis,
کیٹونیت کے لئے سریری کاشفات ، ۸۱۰	Ketosis, clinical tests for,
کی تعریف ، ۷۸۱	definition of,
دماہیطس میں ، ۸۱۶	in diabetes,
گردے کی کلائی ، ذیابیطس ملیخ میں ، ۸۶۲	Kidney enlargement of, in diabetes insipidus,
کیک گزیدہ ، ۳۹۳	flea bitten,
کا چربشی مرض ، ۶۶۰	luteaceous disease of,

یرقان نوزائیدہ ، ۶۳۳	Icterus neonatorum,
سمی خودرو عارضات ، ۵۰	Idiopathies, toxic,
لفائی رکود ، ۵۶۳	Ileal stasis,
لفائی اعوری انہاد الامعاء ، ۶۱۷	Ileo-caecal intussusception,
لفائی قولونی انہاد الامعاء ، ۶۱۷	Ileo-colic intussusception,
معدی اور اثنا عشری ایلاؤس ، ۵۲۸	Ileus, gastric and duodenal,
مناہقی نقل الدم ، ۷۷۷	Immuno-transfusion,
شیرخواری کی طحالی عدم دمویت ، ۷۴۵	Incompetence. See Regurgitation.
صیانی معوی التهاب ، ۵۸۳	Infancy, splenic anaemia of,
ہرکیولی قسم ، ۸۸۵	Infantile enteritis,
تصلی ، شکمی ، ۵۸۹	Hercules type,
کے اقسام ، ۹۰۶	Infantilism, coeliac,
مفصہ قلب کا ، ۴۶۵	types of,
سرخ ، ۴۶۵	Infaret, of heart,
سلید ، ۴۶۶	red,
سداوی مفعات ، طحالی میں ، ۷۸۸	white,
سرایت ذیابیطس میں ، ۸۳۸	Infracts, embolic, in spleen,
ساری التهاب دروں قلبہ ، ۳۹۰	Infection in diabetes,
دوریزش ، شحمی ، بچہ میں ، ۶۵۹	Infective endocarditis,
دیمی ، لطی ذات الریہ میں ، ۸۵	Infiltration, fatty, in liver,
استنشاق ذات الریہ ، ۹۹	purulent, in lobar pneumonia,
معائنہ قلب ، ۲۴۷	Inhalation pneumonia,
انسولین کا استعمال ، ۸۰۶	Inspection of heart,
ذیابیطس میں ، ۸۲۹	Insulin, administration of,
کے ذریعہ ذیابیطس کے علاج کے لئے	in diabetes,
مریض کا انتخاب ، ۸۳۳	treatment of diabetes, choice of case for.
عرجان متوقف ، ۴۴۵	Intermittent claudication.
اندرونی افراز کے امراض ، ۷۹۹	Internal secretion, diseases of,
بین کلیوی نظام ، ۸۷۸	Interrenal system,
معوی نازلت ، ۵۸۰	Intestinal catarrh,
تسد ، ۶۰۹	obstruction,
حاد کے علامات ، ۶۱۳	acute, symptoms of,
مزمن کے علامات ، ۶۱۳	chronic, symptoms of,
ریگ ، ۵۹۲	sand,
رکود ، ۵۶۶	stasis,
آنت سے نری ، ۷۷۵	Intesline, hemorrhage from,
کی نو بالیدیں ، ۶۰۶	new growths of,
کا تضیق ، ۶۱۰	stricture of,

استرواح الصدر میں ہرہ بقرط ' ۱۸۸	Hippocratic succussion in pneumothorax,
ہرش سپرونگ کا مرض ' ۶۲۱	Hirschsprung's disease,
بالغ شعرائت ' ۸۸۶	Hirsutism, adult,
گل میخی جگر ' ۶۴۸	Hobnailed liver,
مرض حاجکن ' ۷۹۳	Hodgkin's disease,
شان نمائش ' ۴۴	Honey-comb lung,
جرائ ہارمون ' ۸۹۷	Hormone, follicular,
نظامی ہارمون ' ۸۸۸	Hormones, pituitary,
معدہ کا ریت گھڑی انقباض ' ۵۵۳	Hour-glass contraction of stomach,
زجاجی خلیے ' ۷۴۴	Hyalino cells,
کیسیتی دیرے قلب کے ' ۳۳۷	Hydatid cysts of heart,
دوری استوائے مفصلی، حالت حساسیت میں، ' ۴۹	Hydrarthrosis, paroxysmal, in allergic state,
تاء مودی اجتماع آب ' ۴۱۸	Hydropericardium,
آبی استرواح الصدر ' ۱۸۴	Hydro-pneumothorax,
استسقاء الصدر ' ۱۸۱	Hydrothorax,
یش ایڈرینالیت ' ۸۸۰	Hyper-adrenalism,
یش کلسیت ' ۸۷۱	Hyper-calcemia,
یش تناسلیت ' ۹۰۰	Hypergenitalism,
خود بخود ییش انسولینیت ' ۸۵۱	Hyperinsulinism, spontaneous,
یش نزد درقیت ' ۸۰۱	Hyperparathyroidism,
ارتفاع الضغط ' ۴۳۹	Hyperpiesia,
یش نغامت ' ۸۸۷	Hyperpituitarism,
گرہکی ییش نکوین، جگر کی ' ۶۴۵	Hyperplasia, nodular, of liver,
قرع سینہ میں ییش گمک ' ۹	Hyper-resonance in percussion of chest,
ارتفاع الضغط میں خلیت ییش تنشی ' ۴۴۴	Hypertension, malignant, in hyperpiesia,
یش پرورش صفراوی کمیت ' ۶۵۵	Hypertrophic biliary cirrhosis,
قلب کی ییش پرورش ' ۳۱۷	Hypertrophy of heart,
قلیل تناسلیت ' ۹۰۰	Hypogenitalism,
قلیل شکر دمویت ' ۸۵۰	Hypoglycemia,
قلیل شکر دموی قوما ' ۸۵۰	Hypoglycemic coma,
زیر نامی شجعی تناسلی - سوء تغذیہ ' ۸۹۱	Hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis,
قصیر قامی ' ۸۹۱	nanism,
قلیل نغامت ' ۸۸۷ - ۸۹۱	Hypopituitarism,
رکودی ذات الریہ ' ۹۹	Hypostatic pneumonia,
ہستیر یائی قے ' ۵۲۶	Hysterical vomiting,
برقان ' ۶۲۶	Icterus,
مفترق ' ۶۲۶	dissociated,
مخفی ' ۶۲۶	latent,

قلب کا انحطاط لونی ' ۳۲۸	Heart, pigmentary degeneration of,
کی بیش از وقت ضربات ' ۲۸۹	premature beats of,
کی شعاعیاتی تشریح ' ۲۶۷	radiological anatomy of,
میں راست جانبی اور چپ جانبی غلبہ ' ۳۲۱ - ۳۲۰	right-sided and left-sided preponderance of,
کا یمنی مصرعی مرض ' ۳۷۳	right-sided valvular disease of,
کا انشقاق ' ۳۳۴	rupture of,
جونی اذینی مسدودی ' ۲۸۹	sino-auricular block,
کی جونی بے قاعدگی ' ۲۸۳	sinus irregularity of,
سپاہی کا ' ۳۹۸	soldier's
آوازیں ' ۳۵۰	sounds,
کی آتشک ' ۳۳۱	syphilis of,
کا تدرن ' ۳۳۱	tubercle of,
کے سلعات ' ۳۳۶	tumours of,
کا مزمن مصرعی مرض ' ۳۵۹	valvular disease of, chronic,
کی تشخیص ' ۳۷۵	diagnosis of,
کی تحریر ' ۳۸۰	prevention of,
کا انذار ' ۳۷۹	prognosis of,
کا اضافی نواتر ' ۳۵۹	relative frequency of,
کا طبعی ریشگی انقباض ' ۳۱۶	ventricular fibrillation of,
کی نو عمری کی بے قاعدگی ' ۲۸۳	youthful irregularity of,
	See also Cardiac.
زفن نصبی ' ۳۵۵	Hemichorea,
زفنی نصبی فالج ' ۳۵۵	Hemiplegia, choreic,
ہیناک کا پیرپیٹودا ' ۷۷۱	Henoch's purpura,
معائی تسدد کے مشابہ ' ۶۱۲	simulating intestinal obstruction,
کبدی قلت ' حالت حساسیت میں ' ۵۰	Hepatic deficiency in allergic state.
یرقان ' معمولی ساری ' ۶۳۰	jaundice, infective, common,
تسددی ' ۶۳۳	obstructive,
	see also under Liver.
رمدی تکبد ' شش کا ' لختی ذات الریہ میں ' ۸۵	Hepatisation, grey, of lung, in lobar pneumonia,
التهاب جگر ' حاد ' ۶۳۰	Hepatitis, acute,
وان سرک کا سگلائسکو جن آفرین کبر السکبد ' ۹۱۰	Hepato-megalia glycogenica of Von Gierke,
سنوط کبد ' ۵۲۳	Hepatoptosis,
ڈائفرامی قتی ' ۱۸۹	Hernia, diaphragmatic,
نمکی التهاب الفم ' ۴۸۳	Herpetic stomatitis,
ہیکسیوڈاناک ایسڈ ' ۸۷۸	Hexuronic acid,
سل نافچہ ' ۱۱۲ - ۱۳۱	Hilum phthisis,

حما القش ، ۴۸	Hay fever,
حے کا کاشفہ ، ۶۳۰	Hay's test,
قلب کے فعل کی غیر طبیعی حالتیں ، ۲۷۹	Heart, abnormalities of action of,
میں برفی قلب نگاری ، ۳۸۰	electro-cardiography in,
ایڈم اسٹوکس کا علامتیہ ، ۲۸۳ - ۲۸۶	Adams-Stokes syndrome,
ک تبادل ، ۲۱۳	alternation of,
کا انورسٹا ، ۲۳۵	aneurysm of,
کا اورطی مرض ، ۳۶۱	aortic disease of,
کے اذین کارپشکی انقباض ، ۳۰۴	auricular fibrillation of,
کارفرہ ، ۳۰۱	flutter of,
کی مسدودی ، ۲۸۳	block,
کا ہوردا ذبول ، ۳۲۸	brown atrophy of,
کی قابلیت جہد کی نغین ، ۲۶۳	capacity of, for effort, estimation of,
کے مزمن مرض کا علاج ، ۳۸۱	chronic disease of, treatment of,
کی تعویض ، ۳۱۶	compensation of,
کے پیدائشی تشوہات ، ۴۰۴	congenital malformations of,
کا ابنان ذنبیہ ، ۳۳۷	cysticercus of,
کا اتساع ، ۳۲۱	dilatation of,
کا مرض اور حمل ، ۳۸۹	disease and pregnancy,
کے عضلہ کے امراض ، ۳۲۷	diseases of myocardium,
کا غیر منتظم فعل ، ۳۹۸	disordered action of,
علامتیہ جہد ، ۳۹۸	effort syndrome,
کا امتحان ، ۳۴۷	examination of,
لاشعاعوں کی مدد سے ، ۲۶۵	by X-rays,
کے مستزاد انکماشات ، ۳۸۹	extra systoles of,
کی تعویض کا فشل ، ۳۲۴	failure of compensation of,
کا شحمی انحطاط ، ۳۳۸	fatty degeneration of,
کا لیفی انحطاط ، ۳۳۰	fibroid degeneration of,
کا سکتید الوقوع فعل ، ۳۹۵	frequent action of,
کی نو بالیدگیوں ، ۳۳۶	growths of,
کے کیستی دویرے ، ۳۳۷	hydatid cysts of,
کی بیش پوروش ، ۳۱۷	hypertrophy of,
منحرفی مرکز ، ۳۱۸	excentric,
کا قلیل الوقوع فعل ، ۳۱۵	infrequent action of,
کا وقف الدمی تغیر ، ۴۶۷	ischemic necrosis of,
خلیث التهاب دروں قلبیہ ، ۳۹۰	malignant endocarditis,
مطرائی مرض ، ۳۶۸	mitral disease,
بازوری ، ۳۷۱	regurgitation,
ضائق ، ۳۷۲	stenosis,

گائٹر ، کولائیڈ ، ۸۵۵	Goitre, colloid,
مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث ، ۸۵۳	endemic or sporadic,
ججوطی ، ۸۵۶	exophthalmic,
لمفی غدہ آسا ، ۸۵۵	lymphadenoid,
دیوی تدرن کے علاج میں سونا ، ۱۳۵	Gold in treatment of phthisis,
مہیج المولدات ہارمونز ، ۸۸۷	Gonadotropic hormones,
تناسلی غدہ ، ۸۹۷	Gonads,
گارڈن کا قشب ، مرض ہاجکن کے علاج میں ، ۷۹۶	Gordon's virus in treatment of Hodgkin's disease,
گراہام کی غذا ، ذیابیطس میں ، ۸۳۵	Graham's diet in diabetes,
کاشفہ ، مرادہ کے وظیفہ کے متعلق ، ۶۷۱	test of gall-bladder function,
سن راسی اریکی سلعہ ، عفونت دھن میں ، ۳۸۳	Granuloma, apical, in oral sepsis,
مرض گریو ، ۸۵۶	Graves' disease,
لمفی ذات الریہ میں رمادی تسکبد ، ۸۵	Grey hepatisation of lung in lobar pneumonia,
ذات الخذب میں گروکوکا نرد قوری مثلث ، ۱۷۱	Grocco's paravertebral triangle in pleurisy,
گواپاکم کے ذریعہ امتحان ، ۵۰۴	Guaiacum test,
ذیابیطس میں گوئیپاکی غذا ، ۸۳۵	Guelpa's diet in diabetes,
دموی جوہر ، ۷۳۰	Hæmatinic principle,
خون لونیت ، ۶۳۸	Hæmochromatosis,
دموی خلیہ پیما ، ۷۱۸	Hæmocytometer,
ہیپوسکلوپین کی تخمین ، ۷۱۹	Hæmoglobin, estimation of,
ہیپوسکلوپین ابلت ، ۷۶۴	Hæmoglobinuria,
وری ، ۷۶۵	paroxysmal,
اتلاف الدموی عدم دمویٹیں ، ۷۴۶	Hæmolytic anæmias,
یرقان ، ۶۳۱	jaundice,
سکلان طحالی ، ۷۴۷	splenomegalic,
لیڈرکی ، ۷۴۹	Lederer's,
تاء موری اجتماع الدم ، ۴۳۰	Hæmopericardium,
نریغیت ، ۷۷۳	Hæmophilia,
دموی استرواح الصدر ، ۱۸۴	Hæmo-pneumothorax,
نفث الدم ، دیوی تدرن میں ، ۱۲۳ - ۱۳۵	Hæmoptysis in phthisis,
نرف معوی ، ۵۷۵	Hæmorrhage from bowel,
دیوی تدرن میں ، ۱۱۹	in phthisis,
	See also Hæmoptysis.
نرفی خراج ، ۷۶۸	Hæmorrhagic diathesis,
التهاب پنےراس ، ۶۸۹	pancreatitis,
صدر دمویٹ ، ۱۸۲	Hæmothorax,
ہینڈ اور کرسچین کا مرض ، ۷۹۱	Hand-Christian's disease,
ہینوکی سہبت ، ۶۵۵	Hanot's cirrhosis,

فرك ، پلیورائی ثاء مودی ، ذات الجنب میں ، ۱۷۳	Friction, pleuro-pericardial, in pleurisy,
کی آواز ، سانس لینے میں ، ۱۶	sound in breathing,
فریڈ لینڈر کا ذات الریہ ، ۹۸	Friedlander pneumonia,
فرالک کا علائمہ ، ۸۹۱	Frohlich's syndrome,
جسگر کے وظیفہ کے کاشفات ، ۶۲۳	Function of liver, tests of,
گلاکٹوز کا کاشفہ ، ۶۲۵	Galactose test,
عراہ کی کاسٹرینیت ، ۶۷۳	Gall-bladder, cholesterosis of,
اسٹرابیری ، ۶۷۳	strawberry,
سنگ صفرا کا سوء هضم ، ۶۷۹	Gall-stone dyspepsia,
سنگھائے صفرا ، ۶۷۶	Gall stones,
گنگرین ذیابیطس میں ، ۸۲۰	Gangrene in diabetes,
شش کی ، ۱۱۰	of lung,
متشاکل ، ۴۶۰	symmetrical,
خراش آور سپیسوں سے تسمم ، ۱۳۹	Gases, irritant, poisoning by,
التهاب المده ، حاد ، ۵۳۰	Gastritis, acute,
مزمن ، ۵۳۲	chronic,
نقیحی یا فلفلمونی ، ۵۳۱	suppurative or phlegmonous,
معدی قولونی ناسور ، ۵۵۷	Gastro-colic fistula,
معدوسہ ، ۵۶۳	reflex,
معدہ زاد اسہال ، ۵۷۳	Gastrogenous diarrhea,
معدی لفائی معدوسہ ، ۵۶۳	Gastro ileal reflex,
معدی معانی اختلالات ، حالت حساسیت میں ، ۵۰	Gastro-intestinal disturbances in allergic state,
معدی صائمی قروح ، ۵۴۹	Gastro-jejunal ulcers,
معدی صائمی نفویہ کے عواقب ، ۵۴۸	Gastro-jejunostomy, sequelae of,
سقوط المده ، ۵۲۳	Gastroploysis,
معدہ بین ، خم یذیر ، ۵۰۵	Gastroscope, flexible,
گاؤجر کا مرض ، ۷۹۱	Gaucher's disease,
کیتونیت کے لئے گرہارٹ کا کاشفہ ، ۸۱۷	Gerhardt's test for ketosis,
عقریت ، ۸۹۱	Gigantism,
سکایک کا مکسچر ، ۳۰۱	Hegg's mixture,
سکینارڈ کا مرض ، ۶۲۳	Hemad's disease,
تشنج مزمار ، ۲۳۴ - ۲۳۶	Holitis, spasm of,
مرض گلاکٹوجن ، ۹۱۰	Glycogen disease,
شکربولیت ، غذائی ، ۸۱۹	Glycosuria, alimentary,
کاوی ، ۸۲۲	renal,
گلاکٹیکورامک ایسڈ بول میں ، ۸۱۴	Glycuronic acid in urine,
میلن کا کاشفہ ، ۶۲۹	Gmelin's test,

اختصاص ، ۸۹۹	Eunuchism,
خصیمانی ، ۹۰۰	Eunuchoidism,
ایوالڈ کا امتحانی ناشتہ ، ۸۹۹	Ewald's test breakfast,
امتحان سینہ ، ۱	Examination of chest,
جھوٹی گائڈ ، ۸۵۶	Exophthalmic goitre,
جھوٹا العین ، گائڈز میں ، ۸۶۱	Exophthalmos in goitre,
سل دھوی میں نفث ، ۱۲۳	Expectoration in phthisis,
کاسل کا برونی عامل ، ۷۳۰	Extrinsic factor of Castle,
امارت ابرو ، غلطی اذیمہ میں ، ۸۶۶	Eyebrow sign in myxædema,
شحم سدایت ، ۱۵۳	Fat embolism,
شحمی انحطاطات ، جگر میں ، ۱۵۹	Fatty degenerations in liver,
قلب کے ، ۳۲۸	of heart,
فخذی علاقیت ، ۴۶۹	Femoral thrombosis,
بول میں شکر کا تھیمیری امتحان ، ۸۱۲	Fermentation test for sugar in urine,
ربشکی انقباض ، اذین کا ، ۳۰۴	Fibrillation, auricular,
بطن کا ، ۳۱۶	ventricular,
یائی کا لینی غدی انحطاط ، ۷۹۰	Fibro-adenic, Banti's,
لینی انحطاط قلب کا ، ۳۳۰	Fibroid degeneration of heart,
شش ، ۱۰۵	lung,
لینی شش تمدد الشعب کے ہمراہ ، ۴۳	Fibroid lung with bronchiectasis,
سل ، ۱۳۱	phthisis,
حنجرہ کا سلعہ ایفیکہ ، ۲۲۵	Fibroma of larynx,
لیفیٹ ، شریانی شعری ، ۴۲۵	Fibrosis, arterio-capillary,
تلیف شش ، ۱۰۵	of lung,
میرطان معدہ میں نقص پری ، ۵۱۰	Filling defect in carcinoma of stomach,
معدی قواونی ناسور ، ۵۵۷	Fistula, gastro-colic,
سوء ہضم میں رجحیت ، ۵۱۵	Flatulence in dyspepsia,
کیک گزیدہ گردے ، ۳۹۳	Flea-bitten kidneys,
استسقاء شکمی میں تھوج ، ۴۷۹ ، ۶۳۶	Fluctuation in ascites,
اذینی دفرقہ ، ۳۰۱	Flutter, auricular,
جنینی لے ، ۲۵۲	Fœtal rhythm,
فالکولین ، ۸۹۷	Folliculin,
غذائی تسمم ، ۵۸۶	Food poisoning,
سوراخ بیضوی ، مفتوح ، ۴۰۴	Foramen ovale, patent,
اجسام غریبہ ، آنت میں ، ۶۰۹	Foreign bodies in intestine,
حنجرہ میں ، ۲۲۷	in larynx,
قصبة الریه میں ، ۲۳	in trachea,
کسری امتحانی غذا ، ۵۰۰	Fractional test meal,
جسمیات کی شکنائی ، ۱۰۱	Fragility of corpuscles,

۱۴	اشاریہ	عمل طب جلد دوم
نفخ ، شش کا ، ۶۸	Emphysema of lungs,	
خرد شقی ، ۷۰	small-lunged,	
معد الشہب کے ہمراہ ، ۴۳	with bronchiectasis,	
تقیح صدر ، ۱۶۳ - ۱۶۷	Empyema,	
ناہض ، ۱۷۲	pulsating,	
داء الدماغ ، ۴۴۴	Encephalopathy,	
دروں قلبہ کا التهاب ، حاد ، ۳۴۹ - ۳۵۹	Endocarditis, acute,	
جرثومی ، ۳۹۰	bacterial,	
مزمن ، ۳۵۹	chronic,	
ساری ، ۳۹۰	infective,	
بطی ، ۳۹۶	lenta,	
عفونی ، ۳۹۰	septic,	
تقرحی ، ۳۹۰	ulcerative,	
نظامیہ کے دروں افرازی تعلقات ، ۸۸۸	Endocrine relationships of pituitary,	
دروں وریدی التهاب ، ۴۶۲	Endophlebitis,	
معوی التهاب ، ۵۷۹	Enteritis,	
نازاتی ، ۵۷۹ - ۵۸۰	catarrhal,	
صیانی ، ۵۸۳	infantile,	
فلفمونی ، ۵۹۰	phlegmonous,	
شنج الامعاء ، ۵۶۵	Enterospasm,	
معوی رسکود ، ۵۷۰	Enterostasis,	
ایوسین پسند سپید خلیات ، ۷۲۳	Eosinophil leucocytes,	
دمہ میں ایوسین پسند خلیات کی زیادتی ، ۵۹	Eosinophilla in asthma,	
نظامیہ کا ایوسین پسند غدی سلعہ ، ۸۸۹	Eosinophilic adenoma of pituitary,	
وبائی یرقان ، ۶۴۱	Epidemic jaundice,	
صرع ، حالت حساسیت میں ، ۴۹	Epilepsy, in allergic state,	
اپی نیفرین ، ۸۷۹	Epinephrin,	
رعاف ، ۳۰۴	Epistaxis,	
تدرن نما ، ۱۱۵	Epituberculosis,	
اوب کی علامت ، ٹکڑ میں ، ۸۷۵	Erb's sign in tetany,	
احمر دمویٹ ، ۷۶۰	Erythremia,	
ناہضات احمر ، ۷۲۳	Erythroblasts,	
خلیات احمر ، ۷۲۲	Erythrocytes,	
احمر خلویت ، ۷۶۳	Erythrocytosis,	
حرقی وجع الجوارح ، ۴۴۸	Erythromelalgia,	
نسیج احمر ، ۷۲۹	Erythron,	
ایسکاتین ، ۸۷۹	Eschutin,	
یوکارٹون ، ۸۷۹	Eucortone,	

حطقات مری کے ' ۴۹۵	Diverticula of oesophagus,
التهاب عطفہ ' ۶۰۳	Diverticulitis,
حطفیت ' ۶۰۳	Diverticulosis,
معدی قرحہ میں عطفہ کا لاشعاعی منظر ' ۵۴۴	Diverticulum, X-ray appearance of, in gastric ulcer,
قنات شریانی ' مفتوح ' ۴۰۴	Ductus arteriosus, patent,
اثنا عشری میں ادخال انبویہ ' ۶۷۲	Duodenal intubation,
اثنا عشری کا اتساع ' حاد ' ۵۲۸	Duodenum, dilatation of, acute,
کے حطقات ' ۵۴۴	diverticula,
کا قرحہ ' ۵۳۴	ulcer of,
قزمیت ' ۸۹۱	Dwarfism,
نخامی ' ۸۹۱	pituitary,
عسر تبرز ' ۵۶۲ - ۵۶۴	Dyschezia,
سڑھضم ' ۵۰۶	Dyspepsia,
حاد ' ۵۰۶	acute,
زائیدی ' ۶۰۰	appendix,
مزمن ' ۵۰۸	chronic,
صفرا کا ' ۶۷۹	gall-stone,
سل ریوی میں ' ۱۲۹	in phthisis,
نخامیت فاتر ' ۸۸۹	Dyspituitarism,
بہر کی تعریف ' ۳	Dyspnea, definition of,
ریوی تدرن میں ' ۱۲۳	in phthisis,
شحمی تناسلی سوانہذیہ ' ۸۹۱	Dystrophia adiposo-genitalis,
کان کے امراض ' ۲۳۹	Ear, diseases of,
کان کا درد ' ۲۴۱	Earache,
ایکزیما ' حالت حساسیت میں ' ۴۹	Eczema in allergic state,
علائمہ جہد ' ۳۹۸	Effort syndrome,
جنگ میں گیس سے مسموم شدہ ہونے کے بعد ' ۱۴۹	after gas poisoning, in war,
ابن ہارن کا اثنا عشری انبویہ ' ۶۷۲	Einhorn's duodenal tube,
غاطی انیما میں پست وولٹیج کی برق قلبی ننگارش ' ۸۶۷	Electrocardiogram, low voltage, in myocardia,
برق قلب ننگاری ' ۲۸۰	Electrocardiography,
ہلیپسجی نما اجسام ' طحال میں ' ۷۸۷	Ellipsoids in spleen,
سد ادیت ' ۴۶۳	Embolism,
ریوی ' ۱۵۰	pulmonary,
جنینی قلب ' ۲۵۲	Embryocardia,
نفاخ ' تھویضی ' ۷۰	Emphysema, compensatory,
کلاں ششی ' ۷۱	large-lunged,

ذیابیطس کا علاج مابعد ۸۴۷	Diabetes, after-treatment of,
میں سرایت ۸۴۸	infection in,
سلیم ۸۴۳	innocens,
ملیخ ۸۹۳	insipidus,
شکری ۸۰۲	mellitus,
انسولین کے علاج کے لیے مریض کا انتخاب ۸۳۳	choice of case for insulin treatment of,
کی امراضیات ۸۰۸	pathology of,
ذیابیطسی قوما ۸۲۱	Diabetic coma,
کا علاج ۸۴۹	treatment of,
ڈائفرامی فٹق ۱۹۰	Diaphragmatic hernia,
ذات الجنب ۱۷۲	pleurisy,
اسہال ۵۷۳	Diarrhoea,
صفراوی ۵۷۵	bilious,
ہیفوی ۵۷۲	choleraic,
ذوبانی ۵۷۵	colliquative,
بحرائی ۵۷۵	critical,
زحیری ۵۷۵	dysenteric,
معدہ زاد ۵۷۳	gastrogenous,
صبائی و نائی ۵۸۴	infantile, epidemic,
خانی ۵۷۵	lienteric,
میکروس ۵۷۴	reflex,
کادب ۵۷۴	spurious,
صیفی ۵۸۴	summer,
ڈایاسٹیس، اول میں ۶۸۴	Diastase in urine,
ذریعہ نبض ۲۷۲	Dietotic pulse,
غذا، ذیابیطس میں ۸۲۹ تا ۸۳۳	Diet in diabetes,
سوء ہضم میں ۵۱۷	in dyspepsia,
فرجی میں ۹۰۴	in obesity,
کے نسخے ۸۴۱	recipes,
امراض اعصابی ہضم ۴۷۶	Digestion, organs of, diseases of,
انساع مری کا، خوردرو ۴۹۳	Dilatation, idiopathic, of oesophagus,
قلب کا ۳۲۱	of heart,
معدہ کا ۵۵۰	of stomach,
حاد ۵۲۸	acute,
ڈائی آکسی ایسٹرن ۸۶۷	Dioxy estin,
قصبہ الریہ کا ڈیٹھرا ۲۲	Diphtheria of trachea,
اساسفائے شکمی میں عیروضعیت ۴۰۹	Displacement in ascites,
۶۳۷	
عطافات، اثنا عشری کے ۵۴۴	Divericula of duodenum,

کھانسی ، سل دیوی میں ، ۱۲۲	Cough in phthisis,
حلق کی ، ۲۱۳	throat,
شتائی ، ۳۳	winter,
کو پر دوز کی تھیلی ، ۲۰۴	Cowpor Rose's bag,
صوت ظری شکستہ ، قرع صدر میں ، ۱۰	Cracked pot sound in percussion of chest,
سل دیوی میں ، ۱۳۷	in phthisis,
لحم برازی ، ۶۸۳	Creatorrhœa,
تکتہ تنفس میں ، ۱۸	Crepitation in breathing,
راجہ ، لختی ذات الریه میں ، ۸۶	radux, in lobar pneumonia,
تیمت ، ۸۶۹	Crotinism,
شنجی کروپ ، ۳۳۴	Croup, spasmodic,
ارتفاع الضغط میں برد حساسیت ، ۴۴۴	Cryæsthesia in hyperplexia,
خفاء الخصیتین ، ۹۰۰	Cryptorchidism,
دمہ میں بساق میں کر شان کے مرغولہ جات ، ۵۸	Curschmann's spirals in sputum in asthma,
کشننگ کا علامہ ، ۸۹۳	Cushing's syndrome,
زراق کا سبب ، مطرائی مرض میں ، ۳۷۰	Cyanosis, cause of, in mitral disease,
مما زاد ، ۷۶۶	enterogenous,
سل دیوی میں ، ۱۲۹	in phthisis,
خرد عضوی ، ۷۶۶	microbic,
دوری قے ، ۵۲۷	Cyclical vomiting,
جگر کا دویری مرض ، ۶۶۶	Cystic diseno of liver,
قلب کا انبان ذبیحہ خالی ، ۳۳۷	Cysticercus cellulose of heart,
دویرے حنجرہ کے ، ۲۲۵	Cysts of larynx,
بنقراس کے ، ۶۹۳	of pancreas,
صمم ، ۳۴۰	Deafness,
عصبی ، ۳۴۰	nerve,
قلبی عدم دموبتیں ، ۷۳۹	Deficiency anæmias,
انحطاط ، شجعی ، قلب کا ، ۳۳۸	Degeneration, fatty, of heart,
جگر میں ، ۶۵۹	in liver,
ایبی ، قلب کا ، ۳۳۰	fibroid, of heart,
عضلہ قلب کا ، ۳۲۷ - ۳۲۱	myocardial,
شرائین کا ، وسعی ، ۵۳۲	of arteries, medial,
پیری ، ۵۳۲	senile,
لونی ، قلب کا ، ۳۲۸	pigmentary, of heart,
مرض ڈرک ، ۸۹۳ - ۹۰۴	Dorenun's disease,
بنقراس کے اندرونی افزائی قلیت میں ڈکسٹروس کی "قدر فرق" ، ۶۸۶	Dextrose, "difference value" of, in deficiency of internal secretion of pancreas,

شکم یابی، ۴۸۰	Occhioscopy,
درد قہوہ جیسی قہیے، سرطان معدہ میں، ۵۶۰	Coffee-ground vomit in carcinoma of stomach,
دور مسن تنفس، ۱۴	Cog-wheel breathing,
زکام، ۱۹۷	Cold in the head,
قولنج، ۷۷	Colic,
التهاب القولون، ۵۹۱	Colitis,
خطرناک، ۵۹۳	gravis,
غاطی غشائی، ۵۹۱	mucous-membranous,
غاطی، ۵۹۱	mucous,
تاریخی، ۵۹۳	ulcerative,
ششوں کا مہبوط، ۷۵	Collapse of lungs,
کولائیڈی گائٹر، ۸۵۵	Colloid goitre,
قولونی رکود، ۵۶۲	Colonic stasis,
ستوط قولون، ۵۲۳	Coloptosis,
انورسا میں تار داخل کرنے کا کولٹ کا طریقہ، ۴۵۶	Cott's wiring in aneurysm,
قوما، ذیابیطی، ۸۲۱	Coma, diabetic,
کا علاج، ۸۴۹	treatment of,
ہلیل شکر دمویتی، ۸۵۰	hypoglycemic,
خون کی موافقت، ۷۷۷ - ۷۷۸	Compatibility of blood,
تعویض قلب کی، ۳۱۶	Compensation of heart,
کا فشل، ۳۲۴	failure of,
تصاہ کا انضغاط، ۲۴	Compression of trachea,
کونیکاٹو کا مرض، ۷۰۹	Conceto's disease,
معدہ کا پیدائشی بیش پرویشی خبی، ۵۵۴	Congenital hypertrophic stenosis of stomach,
قبض، ۵۶۲	Constipation,
سل ربوی، ۱۱۳	Consumption,
راسخ، ۱۱۶	galloping,
تسکز کے رسقی قدمی انقباضات، ۲۳۵	Contractions, carpopedal, of tetany,
ارتفاع الضغط میں تابیے کے تار کی طرح صقل شدہ شرائین، ۴۴۳	Copper wire arteries in hyperplexia,
قلب الثور، ۳۱۸	Cor bovinum,
اکاییلی عافیت، ۴۶۷	Coronary thrombosis,
جسمیات شاری، ۷۱۸	Corpseles, emmuration of,
کی شکنائی، ۷۱۷	fragility of,
کا خوردبانی امتحان، ۷۳۲	microscopic examination of,
کارتین، ۸۷۹	Cortin,
زکام، ۱۹۷	Coryza,
کھانسی، تناسی، انورسا میں، ۴۵۳	Cough, brassy, in aneurysm,

تسکوز میں دماغی سیال میں کیلسیئم ، ۸۷۴	Cerebro fluid in 'tetany, calcium in,
دمہ میں بساق میں شارکولینڈن کی قلمب ، ۵۹	Charcot-Leyden crystals in sputum in asthma,
امتحان سینہ ، ۱	Chest, examination of,
چین اسٹوکس تنفس ، ۴	Cheyne-Stokes respiration,
بیچہ کی نعیب نما آواز ، ۲۳۵	Child-crowing,
بچپن کی عدم دمویٹیں ، ۷۵	Childhood, anaemias of,
سلمہ اخضر ، ۷۵۲	Chloroma,
اخضریت ، ۷۳۳	Chlorosis,
تھیجی التهاب قنات ہائے صفر ، ۶۸۱	Cholangitis, suppurative,
التهاب مرارہ ، ۶۷۳	Cholecystitis,
گنگرینی ، ۶۷۴	gangrenous,
فلغمونی التهاب مرارہ ، ۶۷۴	Cholecystitis, phlegmonous,
مرارہ نگاری ، ۶۷۱	Cholecystography,
حصائیٹ صفر ، ۶۷۶	Cholelithiasis,
مرارے کی کالکسٹریٹ ، ۶۷۳	Cholesterosis of gall-bladder.
زفن ، ۳۵۲	Chorea
صغیر ، ۳۵۲	minor,
شللی ، ۳۵۵	paralytic,
زفی نصفی فالج ، ۳۵۵	Choreic hemiplegia,
کرومافینی جسم ، ۸۷۹	Chromaffine body,
نغمیہ کا اون ترس غدی سلمہ ، ۸۸۹	Chromophobe adenoma of pituitary,
چووستک کی امارت تسکوز میں ، ۸۷۴	Chvostek's sign in tetany,
کیلوسی اور کیلوسی الشکل اسسقاء شکمی ، ۱۳۷	Chylous and chyloform ascites,
کیلوس صدی ، ۱۸۳	Chylothorax,
امراض اعضائے دوران خون ، ۲۴۵	Circulation, organs of, diseases of,
سل ریوی میں نظام دوران خون ، ۱۳۷	Circulatory system in phthisis,
کمہت ذبولی ، جگر کی ، ۶۴۹	Cirrhosis, atrophic, of liver,
صغراوی ، ۶۵۵	biliary,
سرطانی ، جگر کی ، ۶۵۱	carcinomatosis of liver,
بدش پرورشی ، ۶۴۹	hypertrophic,
طجالی عدم دمویٹ میں ، ۷۵۰	in splenic anaemia,
جگر کی ، ۶۴۷	of liver,
باقی ، ۶۴۸	portal,
عرجان متوقف ، ۴۴۵	Claudication, intermittent,
تبدیل آب و هوا ، سل ریوی کے علاج میں ، ۱۳۹	Climate, change of, in treatment of phthisis,
انگلیوں کی سرز شکمی ، سل ریوی میں ، ۱۳۹	Clubbing of fingers, in phthisis,
خون کا عرصہ تروپ ، ۷۱۵	Coagulation time of blood,
اورطی کا پیدائشی تضائق ، ۴۵۸	Coarctation of aorta, congenital,
شکمی مرض ، ۵۸۹	Codine disease,

اور طی عدم کفایت میں شعری نبضاتی، ۳۶۷	Capillary pulsation in aortic incompetence,
فوق الکلیہ کیسے، ۸۷۸	Capsules, suprarenal,
کاربوہائیڈریٹ کے تحول کی فعلیات، ۸۰۴	Carbohydrate metabolism, physiology of,
سرطانی سلمہ، حنجرہ کا، برونی، ۲۲۶	Carcinoma, extrinsic, of larynx,
حنجرہ کا، درونی، ۲۲۵	intrinsic, of larynx,
آنت کا، ۶۰۷	of intestine,
جگر کا، ۶۶۳	of liver,
شش کا، ۱۵۶	of lung,
میری کا، ۴۸۹	of oesophagus,
باریطون کا، ۱۰۷	of peritonium,
معدہ کا، ۵۵۵	of stomach,
غذہ درقیہ کا، ۸۵۵	of thyroid,
	See also under Neoplasms and Tumours.
قواد کا عدم ارتضاء، ۴۹۳	Cardia, achylia of,
قلب کے فعل کی غیر طبیعی حالتیں، ۳۷۹	Cardiac action, abnormalities of,
کا دمہ، ۵۷ - ۳۳۳	asthma,
کے مزمن مرض کا علاج، ۳۸۱	clerosis, rheumic, treatment of,
کا درد، ۴۲۱	pain,
	See also under Heart.
قلبی دیوی خیریات، ۲۶۲	Cardio-pulmonary murmurs,
شنج القواد، ۴۹۳	Cardio-spasm,
روماتزمی التهاب قلب، ۳۴۴	Carditis, rheumatic,
کیر وٹین، سبز ترکاریاں زیادہ مقدار میں کھانے کے باعث، ۶۳۷	Carotin due to ingestion of large amounts of green vegetables,
رسقی قدمی انقباضات، تکرر کے، ۲۳۵	Carpopedal contractions of tetany,
کیاریل کا مسیاریت کا طریقہ، تدریجی انصباب میں، ۱۷۹	Carrel's method of drainage in tuberculous effusion,
کسوودی گردن، غلاطی انقباض میں، ۸۶۶	Cassowary neck in myxoedema,
کاسل کے درونی اور برونی عامل، ۷۳۰	Castle's intrinsic and extrinsic factors,
”چلی“ دمہ، ۵۳	“Cat” asthma,
نزول الماء، ذیابیطسی، ۸۲۱	Cataract, diabetic,
نازلت، خشک، ۳۴	Catarrh, dry,
معوی، ۵۸۰	intestinal,
نخام دار، ۳۴	pituitous,
نازلاتی معوی التهاب، ۵۰۹ - ۵۸۰	Catarrhal enteritis,
یرقان، ۶۴۰	jaundice,
التهاب حنجرہ، ۳۱۶	laryngitis,
انفی قناطر کا استعمال، ذات الریہ میں، ۹۶	Catheter, nasal, use of, in pneumonia,
بلش تنشی دماغی حملہ، ۴۴۴	Cerebral attack, hypertensive,
مزمن دماغی لیٹنٹ، ۴۴۴	softening, chronic,

بڑے شعبات کا تسدد ، ۶۵	Bronchi, large, obstruction of,
شعبی تنفس ، ۱۵	Bronchial breathing,
تمدد الشعب ، ۴۳	Bronchiectasis,
خشک ، ۴۵	dry,
بڑے شعبات کے تسدد میں ، ۶۶	in obstruction of large bronchi,
انطاسی شعیاتی التهاب ، ۱۰۶	Bronchiolitis, obliterative,
شعبی التهاب ، ۳۷	Bronchitis,
حاد کے علامات ، ۳۱	acute, symptoms of,
اور دمہ ، ۵۶	asthma and,
مزمن کے علامات ، ۳۳	chronic, symptoms of,
خشک ، ۳۴	dry,
تسکونی ، فائبرینی یا کروی ، ۳۵	plastic, fibrinous or crampous,
گندیدہ یا متن ، ۳۵	putrid or fetid,
شعبہ صوتی ، ۳۰	Bronchophony,
شعی ذات الریه ، ۹۸	Broncho-pneumonia,
التیائی ، ۱۰۰	confluent,
اولی ، ۹۸	primary,
ثانوی ، ۹۹	secondary,
تدریجی ، ۱۱۳	tuberculous,
نزلہ شعبیہ ، ۳۴	Bronchorrhoea,
شعبہ بینی ، خراج شش میں ، ۱۰۴	Bronchoscopy in abscess of lung,
شعبی تسدد میں ، ۷۸	in bronchial obstruction,
تمدد الشعب میں ، ۴۷	in bronchiectasis,
دمہ کی تشخیص میں ، ۶۰	in diagnosis of asthma,
حرونجاسی ، ۱۰ - ۳۱	Bruit d'airain,
ڈائفرامی فتی میں ، ۱۹۱	in diaphragmatic hernia,
حروخذرونی ، عدم دمویٹ میں ، ۳۳	Bruit de diable in anaemia,
صوت ظرونی شکستہ ، سل میں ، ۱۳۷	Bruit de pot fele in phthisis,
	Bruit of heart. See Murmurs.
خون میں قلوئی محفوظہ کا فعل "حائلہ" ، ۸۴	Buffer action of alkali reserve in blood,
ذیابیطس میں ، ضعیفی تہیج ، ۸۳۰	Cachetic edema in diabetes,
بے درقیتی ضعف ، ۸۶۵	Cachexia strumipriva,
دموی کیسائیئم ، جیوٹلی کاغذ میں ، ۸۶۳	Calcium, blood, in exophthalmic goitre,
خون کے اندر کیسائیئم ، ۸۷۱	in blood,
دماغی نچاغی سیال کے اندر کیسائیئم تسکرز میں ، ۸۷۳	in cerebro-spinal fluid in tetany,
حصوات اور حصاة ، عراوی ، ۶۷۶	Calendi and Calculus, biliary,
بلقراسی ، ۶۹۲	pancreatic,
حروراکمن ، ۳۵۳	Counter-rhythm,

دامی ، ۷۷۴	Bleeders,
عرصہ ادما ، ۷۹۷	Bleeding time,
پریپتورامین ، ۷۶۹	in purpura,
خون کے ترشہ اساس توازن کے غتل ہوئے کی مثالیں ، ۷۸۰	Blood, acid-base balance of, types of disturbance of,
کے قلوئی محفوظہ کی تعریف ، ۷۸۱	alkali reserve of, definition of,
کے بائی کاربونیٹ کی تعریف ، ۷۸۱	bicarbonate, definition of,
میں کیلسیئم ، ۸۷۱	calcium in,
جھوٹی گائٹر میں ، ۸۶۳	in exophthalmic goitre,
پرائس جونز کا دموی خلیہ کی توزیح کا منحنی ، ۷۲۸	cell distribution curve, Price-Jones',
خون کے تغیرات دمہ میں ، ۵۹	changes in asthma,
مزمن شعبی التهاب میں ، ۳۶	in chronic bronchitis,
قلب کے تشوہات میں ، ۴۰۸	in malformations of heart,
کی ترویب ، ۷۱۵	coagulation of,
کی موافقت ، ۷۷۷-۷۷۸	compatibility of,
کا شمار ، ۷۱۸	count,
طبعی ، ۷۲۴	normal,
کا امتحان ، ۷۱۵	examination of,
کے گروہ ، ۷۷۸	groups,
کی معدہ میں موجودگی کے لیے کاشفات ، ۵۰۳	in stomach, tests for,
میں سپید خلیات کی تعداد ، ۷۱۹	leucocytes in, number of,
کے طبعی اجزائے ترکیبی ، ۷۱۵	normal constituents of,
کی لوحیہ شاری ، ۷۱۹	platelet-counting,
کا تعامل ، ۷۷۹	reaction of,
ذیابیطس شکاری میں دموی شکاری برداشت ، ۸۰۹	sugar tolerance in diabetes mellitus,
نقل الدم ، ۷۷۶	transfusion,
عروق خون کا امتحان ، ۳۶۸	vessels, examination of,
نرف معوی ، ۵۷۵	Bowel, hemorrhage from.
قارورہ میں بیٹا آکسی پیوٹائٹک ایسڈ ، ۸۱۶	B-oxybutyric acid in urine.
بطء القلب ، ۳۱۵	Bradycardia,
یرقان میں ، ۶۳۸	in jaundice,
بیش تندی دماغی حملہ ، ۴۴۴	Brain, hypertensive, cerebral attack,
مزمن دماغی لینیت ، ۴۴۴	softening of, chronic,
نحاسی کھانسی انورسا میں ، ۴۵۳	Brassy cough in aneurysm,
ترشہ دمویت میں سانس کا پھولجانا ، ۷۸۴	Breathing. See under Respiration.
تدرنی انصباب کے علاج میں پرسکو کی پیٹی ، ۱۷۷	Breathlessness in acidemia.
	Briscoe's belt in treatment of tuberculous effusion,

اذینی ریشکی انقباض ، ۳۰۴	Auricular fibrillation,
درفہ ، ۳۰۹	flutter,
اذینی بطنی گروہ ، ۳۳۵	Auriculo-ventricular node,
استماع شراہین ، ۳۰۶	Auscultation of arteries,
سینہ ، ۱۰	of chest,
قلب ، ۳۵۰	of heart,
اوردہ ، ۳۷۹	of veins,
استماعی قرع ، ۲۰	Auscultatory percussion,
مرض ایروزا ، ۳۶	Ayerson's disease,
تدرنی عصیات کی تاوین ، ۱۳۳	Bacilli, tubercle, staining of,
جراثیمی التهاب درون قلبہ ، ۳۹۰	Bacterial endocarditis,
التهاب حشفہ ، ذیابیطس میں ، ۸۳۰	Balanitis in diabetes,
مصنوعی استرواح الصدر میں پلپٹورا کی غبار کی	Baldness. See Alopecia.
پاقتگی ، ۹۳۳	Ballooning of pleura in artificial pneumotho-
یڈی کا مرض ، ۷۵۰	rax,
کالینی غدی الخطاط ، ۷۹۰	Banti's disease,
ہیٹنگ اور بیسٹ کا انکشاف انسولین ، ۸۰۹	fibro-adenie,
ہیٹنگ کا علاج فرہی میں ، ۹۰۴	Banting and Best's discovery of insulin,
اسامی تحول ، ۷۹۹	Banting's treatment in obesity,
باسیڈاؤ کا مرض ، ۱۵۶	Basal metabolism,
نخامیہ کا اساس پسند غدی سلمہ ، ۸۸۹	Baselow's disease,
نقطہ دار اساس پسندی ، ۷۳۳	Basophil adenoma of pituitary,
التهاب زائندہ میں امارت باسیڈاؤ ، ۶۰۹	Basophilia, punctate,
استماعی قرع میں جرسی آواز ، ۲۱۷	Bastedo's sign in appendicitis,
بول میں شکر کے لئے بیٹڈسٹ کا کینی کاشفہ ،	Bell sound in auscultatory percussion,
۸۱۱	Benedict's qualitative test for sugar in
بنسلے کے ذرات ، ۸۰۸	urine,
فرہی میں برگونی علاج ، ۹۰۵	Bensley's granules,
ہیٹنگ اور بیٹنگ کا انکشاف انسولین ، ۸۰۹	Bergonie treatment in obesity,
دموی ہائی کاربونیٹ کی تعریف ، ۷۸۱	Best and Banting's discovery of insulin,
صبغہ صفر اوہ کے لئے کاشفہ ، ۶۲۸ - ۶۲۹	Bicarbonate, blood, definition of,
صفر اوہ آلہ کے امراض ، ۶۷۳	Bile pigment, test for,
کا امتحان ، ۶۷۰	Biliary apparatus, diseases of,
سنگ ہائے صفر ، ۶۷۶	examination of,
صفر اوہی کمیت ، ۶۵۵	Biliary calculi,
تنفس یو ، ۶	cirrhosis,
ذیابیطس ملیخ میں متانہ کا اتساع اور بیش	Biot's respiration,
پرورش ، ۸۹۳	Bladder, dilatation and hypertrophy of, in
	diabetes insipidus,

اورطی ضیق ' ۳۶۳	Aortic stenosis,
سن راسی اریکی سلعہ ، عفونت دھن میں ' ۳۸۳	Apical granuloma in oral sepsis,
غیر تسکونی عدم دمویت ' ۷۴۳	Aplastic anaemia,
التهاب زائده ' ۵۹۶	Appendicitis,
زائدی سوء هضم ' ۶۰۰	Appendix dyspepsia,
شریانی دباؤ ' ۲۷۰	Arterial pressure,
بلند ' ۳۳۹	high,
دیواری نوعیت ' ۲۷۰	wall, nature of,
شراین کا استماع ' ۲۷۶	Arteries, auscultation of,
شریانی شعری ایفیت ' ۳۳۵	Arterio-capillary fibrosis,
شریانی صلابت ' ۳۳۶	Arteriosclerosis,
شریان صلابتی التهاب شبکیہ ' ۳۳۳	Arteriosclerotic retinitis,
شریانی التهاب ' حاد ' ۳۳۹	Arteritis, acuto,
ساری ' ۳۲۹	infective,
آتشکی ' ۳۳۰	syphilitic,
تدرنی ' ۳۳۰	tuberculous,
التهاب مفاصل ' حتی دوماثر میں ' ۳۳۹	Arthritis in rheumatic fever,
اسبستوسیت ' ۱۱۰	Asbestosis,
استسقاء شکم ' ۶۳۵	Ascites,
کیلوسی اور کیلوسی الشكل ' ۶۳۷	chylous and chyliform,
ایسکاربک ایسڈ ' ۸۷۸	Ascorbic acid,
نزیفیت کے علاج میں ' ۷۷۶	in treatment of hemophilia,
امتصاص التهاب نامور کے علاج میں ' ۳۱۵	Aspiration in treatment of pericarditis,
مقامی اختناق ' ۳۶۰	Asphyxia, local,
ایسپرین کے لیے حساسیت ' دمہ میں ' ۵۰	Aspirin, sensitiveness to, in asthma,
دمہ ' ۳۸	Asthma,
اور شعری التهاب ' ۵۶	bronchitis and,
قلبی ' ۳۳۳	cardiac,
ساری اور مکسوس ' ۵۵	infective and reflex,
عدم تمدد الریه ' ۷۵	Atelectasis pulmonum,
نا تمامی ' ۸۹۱	Ateleiosis,
اتھیروما ' ۳۳۳	Atheroma,
اتھیرومائی قرعہ ' ۳۳۳	Atheromatous ulcer,
اتھیرومائی صلابت ' ۳۳۳	Athero-sclerosis,
ذبول ' حاد اصفر ، بیکرکا ' ۶۳۳	Atrophy, acute yellow, of liver,
وقف الدمی ' ۳۳۶	ischemic,
ذبول	Atrophy,
نحت الحاد ' بیکرکا ' ۶۳۵	subacute, of liver,
ضغیرہ اور باخ ' ۶۹۳	Auerbach's plexus,

عدم دمویٹ - بسلسلہ سابق	Anaemia (cont.)
احمرناہضی، ۷۴۶	erythroblastic,
التهاب اللسانی، ۷۳۶	glossitic,
رشیمی کاذب بیم دمویٹ، ۷۴۵	infantum, pseudo-lukaemia,
سل میں، ۱۲۶	in phthisis,
کلاں خلوی، ۷۳۷	macrocytic,
متلف، ۷۳۶	pernicious,
میں امتحانی خوراک، ۵۰۵	test meal in,
ثانوی، ۷۳۱	secondary,
داسی خلوی، ۷۳۶	sickle-cell,
طحالی، ۷۲۹	splenic,
کے علامات، ۷۳۲	symptoms of,
عدم دمویٹیں (فلقی)، غیر تسکون الدموی، ۷۲۹	Anaemias (deficiency) anhemopoietic,
اتلاف الدموی، ۷۳۶	haemolytic,
کبیر خلوی، ۷۴۵	megalocytic,
بچپن کی، ۷۴۵	of childhood,
حنجرہ کی عدم حسیت، ۲۳۸	Anaesthesia of larynx,
استہداف نما پر پیشورا، ۷۶۹	Anaphylactoid purpura,
استہداف، حالت حساسیت میں، ۵۰	Anaphylaxis in allergic state,
انورسا، ۴۴۹	Aneurysm,
شکمی، ۴۵۶	abdominal,
قلب کا، ۳۳۵	of heart,
علامات والا، ۴۵۳	symptoms,
وعائی عصبانی اذیا، ۴۷۱	Angio-neurotic edema,
حالت حساسیت میں، ۴۹	in allergic state,
ذبحہ، غیر ذرائی خلوی، ۷۴۴	Angina, agranulocytic,
صغیرہ، ۴۲۱	minor,
صدریہ، ۴۲۱	pectoris,
ونسٹ کا، ۲۱۱	Vincent's,
غیر تسکون الدموی (فلقی) عدم دمویٹ، ۷۲۹	Anhemopoietic (deficiency) anaemias,
حدقی لا تساوی، ۴۵۴	Anisocoria,
خلوی لا تساوی، ۷۲۳	Anisocytosis,
عصبی عدم اشتہا، ۵۱۴	Anorexia nervosa,
شش فحیمیت، ۱۰۹	Anthraxosis,
اورطی کا پیدائشی تضایق، ۴۵۸	Aorta, coarctation of, congenital,
صدری کا اورسا، ۴۵۱	(thoracic, aneurysm of,
اورطی مرض، ۳۶۱	Aortic disease,
تسدّد کے خبرات، ۲۵۸	obstructive murmurs,
بازروی کے خبرات، ۲۵۸	regurgitant murmurs,
بازروی، ۳۶۴	regurgitation,

غدی سلمہ، اساس پسند، غدہ نخامیہ کا، ۸۸۹-۸۹۲	Adenoma, basophil, of pituitary,
لون ترس، غدہ نخامیہ کا، ۸۸۹	chromophobe, of pituitary,
ایوسین فیلینڈ، غدہ نخامیہ کا، ۸۸۹	eosinophilic, of pituitary,
مخلوط، غدہ نخامیہ کا، ۸۸۹	mixed, of pituitary,
آنت کا، ۶۰۷	of intestine,
سمی، غدہ درقیہ کا، ۷۵۸	toxic, of thyroid,
وجہی شحمیت، ۸۹۳-۹۰۴	Adiposis dolorosa,
برگردے، ۸۸۰	Adrenals,
ایڈرینین، ۸۷۹	Adrenin,
ہائڈروکلورائیڈ، دمہ میں، ۶۳	hydrochloride in asthma,
مہیج فوق الکافیہ ہارمونز غدہ نخامیہ کے، ۸۸۸	Adrenotropic hormones of pituitary,
غیر معمولی آوازیں تنفس میں، ۱۶	Adventitious sounds in breathing,
برصوقی، ۳۰	Aggophony,
بلع الموائ، ۵۲۰	Aerophagy,
ذیابیطس کا علاج مابعد، ۸۳۷	After-treatment of diabetes,
غیر ذرائع خاوی ذخیرہ، ۷۴۴	Aggranulocyte angina,
غیر ذرائع خلویت، ۷۳۹-۷۴۴	Aggranulocytosis,
الکحلی کسمیت چکر کی، ۶۲۸	Alcoholic cirrhosis of liver,
غیر پیشہ دموی، پیشہ دمویت، ۷۵۱	Alenkemic leukaemia,
نرزی ناسفید دمویت، ۷۴۳	Alenkia hemorrhagica,
قنال غذائی شکر بویت، ۸۱۹	Alimentary glycosuria,
تسمم الکدم، ۵۶۹	toxemia,
قلی دمویت کی تعریف، ۷۸۰	Alkalemia, definition of,
خون کے قلوئی عفو ظہ کی تعریف، ۷۸۱	Alkali reserve of blood, definition of,
قلوی کثرت کی تعریف، ۷۸۲	Alkalosis, definition of,
ذیابیطس میں ایان کی خوراک، ۸۳۵	Allen's diet in diabetes,
حساسیتی التهاب الانف، ۳۰۳	Allergic rhinitis,
حالت حساسیت، ۴۹	Allergic state,
چبھی صلعہ، عظامی اذیمامیں، ۸۶۶	Alopecia frontal, in myxoedema,
قلب کا تبادل، ۳۱۳	Alternation of heart,
نرشہ دمویت میں چو فیزی CO ₂ کی پیمائش، ۷۸۴	Alveolar CO ₂ , measurement of in acidemia,
عارضی کمیت، ۴۴۳	Anauresis fugax,
قدری تنفس، ۱۶	Amphoric breathing,
نشا آسارض، ۶۶۰	Angyloid disease,
شہوقی نبض، ۲۷۳	Anaratic pulse,
عدم دمویت، نرشہ، سادہ، ۷۳۴	Anemia, achlorhydric, simple,
ایڈنسن کی، ۷۳۶	Adison's,
غیر ٹسکوبی، ۷۳۳	aplastic,
اختہ تہ، ۷۳۳	chlorotic

اشاریہ

عمل طب جلد دوم

شکم، حاد، ۴۸۱	Abdomen, acute,
کا امتحان، ۴۷۶	examination of,
لاشعاعوں سے، ۴۸۰	by X-rays,
شکمی انورسا، ۴۵۶	Abdominal aneurysm,
حنجرہ کے عضلات مبعده کا شلل، ۳۲۹	Abductors of larynx, paralysis of,
خراج، واسطی، ۱۹۳	Abscess, mediastinal,
پیکر کا، ۶۳۹	of liver,
شش کا، ۱۰۴	of lung,
گردہ مدی، ۴۷۰	peri-gastric,
گردہ اوڑی، ۲۰۸	peritonsillar,
خلف البلعوم، ۲۱۵	retropharyngeal,
زیر ڈائفرامی، ۵۳۷-۵۳۳	subphrenic,
ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، بول میں، ۸۱۶	Aceto-acetic acid in urine,
ایسی ٹون، بول میں، ۸۱۶	Acetone in urine,
فواڈ کا عدم ارتقاء، ۴۹۳	Achalasia of cardia,
بے ترش شکمی، ۵۰۲	Achlorhydria,
بے ترشہ عدم دموبت، سادہ، ۴۳۴	Achlorhydric anaemia, simple,
بے صفرا بولی، برفان، ۷۷	Acholic jaundice,
اکتسابی، ۷۴۸	acquired,
خاندانی، ۷۴۷	family,
ترشہ دموبت کی تعریف، ۸۰	Acidemia, definition of,
خون کے ترشہ اساس توازن کے تختل ہونے کی مثالیں، ۷۸۰	Acid-base balance of blood, types of disturbance of,
ترشہ سمیت، ۷۷۹	Acidosis,
کی تعریف، ۷۸۱	definition of,
جوارحی حساسیت، ۴۴۹	Acroparesthesia,
ایڈمز سٹوکس کا علائمہ، ۲۸۳-۲۸۶	Adams-Stokes syndrome,
ایڈیسن کی عدم دموبت، ۷۳۶	Addison's anaemia,
ایڈیسن کا مرض، ۸۸۱	Addison's disease,
حنجرہ کے عضلات متاثرہ کا شلل، ۳۳۲	Adductors of larynx, paralysis of,
عمدودہ، ۳۱۲	Adenoids,

